

Alina Maria Monteiro Bernardo Marques

**ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOSES,
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E PSICOPATOLOGIA EM RECLUSAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA
Área de especialização:
Psicologia da Saúde
2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES, ANSIEDADE,
DEPRESSÃO E PSICOPATOLOGIA EM RECLUSAS**

Alina Maria Monteiro Bernardo Marques

Março 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia,
Área de Especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

São sem dúvida muitos os esforços e avanços que estão a ser feitos em Portugal, relativamente às concepções teóricas do tratamento penitenciário. Estes esforços vão no sentido de uma reabilitação psicossocial do recluso a fim de que este adquira as competências necessárias para uma reintegração na sociedade e diminuição do risco de reincidência na via da criminalidade.

Neste processo reabilitativo são diversas as dificuldades de adaptação ao meio prisional, assim como são elevados os níveis de sintomatologia que se observam na população reclusa, como a ansiedade, a depressão e a psicopatologia. Tanto umas como outros, são factores que podem comprometer o sucesso das intervenções penitenciárias com fins reabilitativos. Esta realidade é tanto mais sensível quanto, por outro lado, se constata que a maioria da população reclusa tem origem em contextos sociais desestruturados e desfavorecidos, com experiências adversas na infância. Estas características constituem um factor acrescido para aquelas dificuldades, sendo no âmbito daqueles contextos sociais que se desenvolvem os Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) presentes na população reclusa, principais obstáculos ao processo reabilitativo.

Ao vivenciarmos esta realidade enquanto profissional num estabelecimento prisional, e partindo do princípio de que o recluso pode ter uma participação activa no seu processo de mudança e no desenvolvimento de uma flexibilização/reestruturação cognitiva, procuramos saber até que ponto os EMP têm influência na população reclusa feminina e qual a sua possível relação com a ansiedade, depressão, psicopatologia e diversas variáveis sócio-demográficas.

Os resultados obtidos através de uma amostra de 100 reclusas demonstraram a existência de EMP nos vários domínios, e a existência de correlações entre estes e os níveis de sintomatologia evidenciados, permitindo apontar a terapia focada nos esquemas como um instrumento essencial para uma intervenção reabilitativa prisional mais eficiente.

ABSTRACT

There's no doubt that numerous efforts and progresses are being made in Portugal, relating to the theoretical concepts of penitentiary treatment that move towards a psychosocial rehabilitation of the prisoner in order that he acquires the necessary skills for reintegration into society and reducing the risk of recurrence towards crime.

There are several difficulties in adapting to prison during the rehabilitative process, such as the levels of symptoms that are observed in prison population such as anxiety, depression, and psychopathology are high. All these factors can compromise the success of the penitentiary interventions during the rehabilitative process. This reality is even more sensitive moreover it turns out that most of the prison population comes from social dysfunctional contexts and disadvantaged groups, with adverse childhood experiences. Those conditions are a plus factor for those difficulties, and it is under these social contexts that the Early Maladaptive Schemes (EMS) are developed, and are a major obstacle to the rehabilitation of the prison population.

When we experience this reality because of our work in a prison, and assuming that the inmate can be actively involved in his change process and development of a flexible/cognitive restructuring, we tried to find out the extent to which the Early Maladaptive Schemes influence the female prison population and its possible relevancy with anxiety, depression, psychopathology and various socio-demographic variables.

Results from a sample of 100 inmates demonstrated the existence of Early Maladaptive Schemes in various fields and the existence of correlations between them and the levels of symptoms shown, thus pointing to the therapy focused in the schemes as an essential tool to a more efficient rehabilitative prison intervention.

RESUME

Sont sans aucun doute beaucoup les efforts et les avances qui sont en train d'être faits en Portugal, selon les conceptions théoriques du traitement pénitentiaire, qui vont dans le sens d'une réhabilitation psychosociale du prisonnier, dans laquelle celui-ci acquière les compétences nécessaires pour une réintégration dans la société et la diminution du risque de récidive dans la criminalité.

Dans ce processus réhabilitable sont diverses les difficultés d'adaptation au moyen pénitentiaire, ainsi que sont élevés les niveaux de symptomatologie qui s'observent dans la population prisonnière, comme l'anxiété, la dépression et la psychopathologie. Ces facteurs peuvent compromettre le succès des interventions pénitentiaires avec des fins réhabilitables. Cette réalité est d'autant plus sensible, puisque on constate que la majorité de la population prisonnière a une origine dans des contextes sociaux non structurés et défavorisés, avec des expériences défavorables dans l'enfance. Ces aspects constituent un facteur de risque, puisque c'est dans ces contextes sociaux qui se développent les Schémas Précoces Inadaptés présents dans la population prisonnière, schémas qui sont un des principaux obstacles au processus réhabilitable.

Comme nous travaillons dans une prison, nous voyons cette réalité, et croyant que le prisonnier peut avoir une participation active dans sa procédure de changement et dans le développement d'une réorganisation plus cognitive, nous cherchons savoir jusqu'à ce que point les Schémas Précoces Inadaptés ont influence dans la population prisonnière féminine et sa possible relation avec l'anxiété, dépression, psychopathologie et diverses variables socio-démographiques.

Les résultats obtenus dans un échantillon de 100 prisonnières nous ont démontré l'existence de Schémas Précoces Inadaptés et l'existence de corrélations entre ceux-ci et les niveaux de symptomatologie éprouvée, permettant ainsi d'indiquer la thérapie focalisée comme un instrument essentiel pour une intervention réhabilitable pénitentiaire plus efficace.

AGRADECIMENTOS

Os primeiros agradecimentos vão, antes de mais, para as 100 reclusas do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo que aceitaram fazer parte deste trabalho e que nele colaboraram com interesse e empenho.

Uma palavra de agradecimento à Direcção Geral dos Serviços Prisionais pela autorização concedida para o desenvolvimento e concretização da presente investigação, bem como aos funcionários do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo que facilitaram e permitiram a nossa pesquisa junto da população reclusa.

Agradecemos também ao Dr. Manuel Belchior, coordenador da Santa Casa da Misericórdia do Porto, parceira na gestão do estabelecimento prisional, pelo incentivo dado e por ter percebido a importância deste estudo no contexto das nossas funções profissionais ali desenvolvidas na qualidade de Terapeuta Ocupacional.

Ao Professor Doutor Daniel Rijo agradecemos os ensinamentos e entusiasmo incutidos acerca da problemática dos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces, bem como pela constante disponibilidade em prestar todos os esclarecimentos que fomos necessitando desde a fase de definição do estudo, até às dúvidas que fomos tendo ao longo da investigação.

À orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós, um especial agradecimento por toda a disponibilidade, conselhos, orientação, acompanhamento, apoio, interesse e dedicação, desde a primeira hora, pelo nosso projecto.

Aos meus amigos e familiares que sempre estiveram por perto, em especial ao Hélder, por me fazerem sentir sempre acompanhada, incentivada e estimulada para desenvolver e concretizar este estudo e por toda ajuda prestada.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	3
1. Esquemas Mal-Adaptativos Precoces.....	4
1.1. Definição e Caracterização	4
1.2. Terapia Focada nos Esquemas	9
2. Sistema Prisional	11
2.1. Caracterização geral.....	11
2.2. Ansiedade, Depressão e Psicopatologia nas Prisões.....	14
2.3. Tratamento Penitenciário	17
3. Esquemas Mal-Adaptativos Precoces na Reclusão	20
Capítulo II – Estudo empírico	24
1. Metodologia.....	25
1.1. Instrumentos	25
1.2. Procedimentos	28
1.3. Caracterização da amostra	29
2. Apresentação dos resultados.....	33
3. Discussão dos resultados	47
Conclusões	51
Referências bibliográficas.....	53
Anexos.....	58

INTRODUÇÃO

As motivações que nos levam a desenvolver a presente investigação prendem-se, por um lado, com o facto de desempenharmos funções de Terapeuta Ocupacional no Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, e por outro, da necessidade que, no decurso dessa prática, tem sido manifesta de um maior aprofundamento teórico e metodológico no sentido de uma maior consolidação das práticas de intervenção terapêutica de que é responsável junto da população reclusa. Consolidação esta feita no sentido de uma maior adaptação para a realidade social e humana multidimensional que caracteriza a população reclusa. Esta investigação é também desenvolvida com o desejo de contribuir, com os seus resultados, para a criação de massa crítica sobre as problemáticas associadas ao meio e à intervenção reabilitativa prisional, que em Portugal permanece bastante epidérmica, apesar de as questões do meio prisional serem socialmente relevantes. O nosso escopo para este maior aprofundamento de conhecimentos centrou-se nas problemáticas inerentes ao comportamento desviante, aos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces e a várias sintomatologias psicopatológicas presentes em meio prisional.

O comportamento desviante pode ser explicado, em grande medida, pela existência de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) ou de estruturas cognitivas disfuncionais nos indivíduos que nele incorrem. Logo, as estratégias e processos que se desenvolvem para a reestruturação/flexibilização das crenças disfuncionais devem ser centrais em qualquer programa de reabilitação psicossocial de indivíduos com comportamento desviante (Rijo & Sousa, s.d.). Isto permite-nos trazer à colação a questão da indissociabilidade entre os EMP e o comportamento desviante, que será central e estruturante em toda a nossa investigação.

A frequência de casos de ansiedade, depressão, perturbações de personalidade e de experiências precoces negativas autorizam a que a população reclusa seja considerada como uma das mais indicadas populações para estudar os EMP associados a perturbações psicopatológicas, para o estudo das alterações de comportamento que daí derivam e para uma melhor compreensão da relação entre estas sintomatologias. O maior conhecimento desta população permite, inclusivamente, que se idealizem novas e mais eficazes formas de intervenção (Loper, 2003). Assim, o nosso estudo aborda a relação existente entre os EMP e a ansiedade, a depressão e as psicopatologias de mulheres reclusas. Os objectivos que estabelecemos para a nossa investigação foram: identificar os EMP e conhecer a sua incidência

na população reclusa de um Estabelecimento Prisional Feminino; verificar a existência de correlações entre os EMP e os níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica das reclusas; verificar se existe alguma relação entre as variáveis sócio-demográficas (como a idade, estado civil, habilitações literárias, zona de residência, profissão, tempo de condenação, situação jurídica, crime, tempo cumprido, punições, apoio da família e ocupação no estabelecimento prisional) e os EMP, a ansiedade, a depressão e sintomatologia psicopatológica.

Para atingirmos os objectivos propostos o trabalho está dividido em duas partes, respectivamente, enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico é definido e caracterizado o conceito de Esquema Mal-Adaptativo Precoce e apresentada a metodologia proposta pela Terapia Focada nos Esquemas, que servirá de suporte à presente investigação. Far-se-á ainda uma breve sinopse acerca da evolução do sistema prisional, do tratamento penitenciário e da sua evolução, passando pela referência à incidência da depressão, da ansiedade e das psicopatologias no meio prisional. Por fim, far-se-á uma relação entre os EMP e a reclusão. No estudo empírico far-se-á a descrição da metodologia utilizada e a apresentação e interpretação dos resultados obtidos junto de uma amostra de 100 reclusas do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo. Terminamos o trabalho com a apresentação de algumas conclusões, bem como da bibliografia consultada.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a compreensão dos fenómenos da ansiedade, da depressão e da psicopatologia, tal como os procuraremos enquadrar no contexto do meio prisional, o conceito de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP), por um lado, e o entendimento da forma como tem evoluído o Sistema Prisional e o tratamento penitenciário, por outro, são de uma importância estruturante. Nesta medida, este trabalho começará, precisamente, por procurar definir e descrever cada um daqueles conceitos e reter deles os aportes mais significativos para o nosso escopo, procurando depois estabelecer os pontos de contacto entre um e outro e, a partir dessa relação, oferecer uma grelha teórica de problematização e de compreensão do nosso objecto de estudo.

1. Esquemas Mal-Adaptativos Precoces

Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) é um conceito relativamente recente na literatura científica do tratamento penitenciário, e que ainda pouco penetrou no sistema prisional português. Entendemos por isso que é importante que seja ensaiado, no sentido de se procederem à sua validação para o contexto prisional português. É um conceito que desempenhará, por isso, um papel central na investigação a que nos propomos.

1.1. Definição e caracterização

O conceito dos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) surgiu num contexto em que se procurou um maior desenvolvimento da Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck. Jeffrey Young, em particular, apontando as limitações da terapia cognitiva tradicional para o tratamento de personalidades mais severas (que se caracterizam pela sua rigidez de pensamento, pela resistência à mudança e por dificuldades no relacionamento interpessoal), tentou o seu aperfeiçoamento, desenvolvendo para tanto novas estratégias de tratamento para os transtornos de personalidade destinadas a pacientes crónicos rígidos, que não respondiam satisfatoriamente ao tratamento cognitivo tradicional. Este aperfeiçoamento permitiu um maior aporte de conhecimento relativamente aos esquemas (Beck, Freeman & Associates, 1990), conceito este que foi criado e divulgado por este investigador e seus colaboradores (Stein & Young, 1992; Young, 1999). Na verdade, é Beck quem chama a atenção para a importância central dos esquemas, na medida em que estes podem influenciar os pensamentos, comportamentos e sentimentos dos indivíduos (Rijo *et al.*, 2006).

Neste aperfeiçoamento proposto por Young, desenvolveram-se cinco constructos: os EMP, os domínios dos esquemas, a manutenção, o evitamento e a compensação do esquema.

Enquanto a teoria cognitiva tradicional se foca em três níveis do fenómeno cognitivo (pensamentos automáticos, distorções cognitivas e preconceitos), Young (1999) coloca, pela primeira vez, o enfoque ao nível mais profundo da cognição, precisamente nos EMP. Os EMP são assim definidos como temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são enraizados ao longo da vida do indivíduo, sendo que, dentro destes temas, as experiências desagradáveis com pais, familiares e pares durante os primeiros anos de vida infância são as mais determinantes (Young, 1999). Têm uma forte componente afectiva, cognitiva e comportamental e, apesar dos factores genéticos e biológicos terem um grande peso para a génese de alguns dos EMP, Young defende que são aquelas experiências adversas que mais potenciam o seu desenvolvimento (Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005; Hoffart, Sexton, & Hedley, 2006). Young refere ainda que os esquemas têm mais probabilidades de se desenvolverem em indivíduos oriundos de famílias desestruturadas, onde a educação e os afectos são negligenciados pelos cuidadores, donde que muitos destes esquemas estejam associados ao abandono, à privação emocional, ao abuso e ao isolamento social (Young, 1999).

Os esquemas são, portanto, crenças apriorísticas e irrefutáveis que são formadas em relação aos outros e ao meio envolvente. São resistentes à mudança e auto-perpetuadores, porque familiares e confortáveis para o indivíduo, e constituem o núcleo do seu auto-conceito. Qualquer ameaça de mudança esquemática é percebida pelo indivíduo como um factor desestabilizador da sua organização nuclear cognitiva e, face a ela, este desenvolverá processos que podem passar por uma deturpação das situações e do pensamento, que conformem a realidade aos seus EMP (Rijo *et al.*, 2006). Os esquemas afectam todo o processo cognitivo e interferem na adaptação com o mundo. São activados ao longo da vida, à medida que a interacção social do indivíduo com os outros vai aumentando, podendo originar comportamentos desadaptativos e influenciar o desenvolvimento da autonomia, o relacionamento interpessoal e a integração na sociedade (Young, Klosko & Weisshaar, 2003).

Por outro lado, estes esquemas acentuam as vulnerabilidades da sintomatologia psicopatológica, uma vez que, quando os EMP são activados (e são-no normalmente em ambientes relevantes para os esquemas envolvidos), os afectos são generalizados e influenciam, directa ou indirectamente, as diversas formas de sintomatologia que se venham a manifestar no indivíduo, como a depressão, a ansiedade, o consumo de estupefacientes, as dificuldades no relacionamento interpessoal e as dificuldades para o desempenho de actividades laborais (Beck *et al.*, 1990; Gouveia *et al.*, 2006; Nordahl *et al.*, 2005; Young,

1999). A população em geral também poderá desenvolver esquemas mal adaptativos, embora numa probabilidade muito mais baixa em relação aos indivíduos que tiveram uma educação pouco adequada e estimulante e/ou com indivíduos com problemas psiquiátricos. Contudo, nem todas as crenças disfuncionais chegam a ser desenvolvidas e quando o são umas serão mais determinantes para a identidade pessoal do que outras (Young *et al.*, 2003).

Baseado nas suas experiências, Young identificou 18 esquemas que estão agrupados em cinco domínios (ver Anexo 1) que resultam do défice de desenvolvimento dos cinco estádios por que a criança terá que passar sob pena de não vir a ter um desenvolvimento saudável. Os domínios são: 1) Distanciamento e Instabilidade; 2) Autonomia Diminuída; 3) Limites Indefinidos; 4) Orientação Para o Outro; e 5) Supervigilância e Inibição. Para cada esquema foi desenvolvida uma detalhada lista de estratégias de intervenção baseada numa perspectiva interpessoal, cognitiva, comportamental e experimental (Stein & Young, 1992). Importa, no entanto, que explicitemos um pouco mais em que consiste cada um daqueles domínios e quais os défices que tornam propício o seu desenvolvimento.

Sob o domínio do **Distanciamento e Instabilidade** desenvolvem-se os EMP do *Abandono/Instabilidade* (receio de se ser abandonado pelos outros e de perder o suporte emocional), do *Abuso/Desconfiança* (expectativa de vir a ser magoado, abusado, traído e manipulado pelos outros), da *Privação Emocional* (expectativa de não ver satisfeito pelos outros um desejo de um grau normal de suporte emocional; principais tipos: ausência de atenção, de compreensão e de orientação por parte dos outros), do *Isolamento Social/Alienação* (sensação de isolamento em relação ao mundo e de não fazer parte de qualquer grupo ou comunidade; sensação de que se é indesejável e desinteressante para a sociedade) e de *Defeito/Vergonha* (sensação de ser indesejado, inferior ou sem valor quando se trata de coisas importantes). Estes EMP surgem em ambientes onde haja défices de segurança, de atenção, de respeito e de experiências sociais positivas e onde a proximidade, enquanto relação estável e duradoura com outras pessoas pertencentes ao grupo de amigos, da família e da comunidade, é bastante ténue.

Quando, em segundo lugar, não se desenvolve a capacidade para assumirem responsabilidades sem a ajuda de terceiros (autonomia funcional), com as consequências que daqui derivam para a insuficiência na formação de uma identidade individual com capacidade de auto-controlo e de integridade a nível físico, mental e psicológico, aumentam as probabilidades de se virem a manifestar os EMP que se subsumem ao domínio da **Autonomia Diminuída**, entre os quais se contam a *Dependência Funcional* (incapacidade auto-induzida

para a assunção de responsabilidades diárias sem a ajuda de terceiros), a *Vulnerabilidade ao Mal e à Doença* (receio exagerado em relação a uma catástrofe iminente e em relação à qual nada possa fazer para a impedir), o *Emaranhamento* (grande sentimento de envolvimento emocional e proximidade com outros, em prejuízo da autonomia pessoal e do desenvolvimento social próprio) e o *Fracasso* (crença de que, inevitavelmente, irá fracassar face aos seus pares e em áreas de realização pessoal).

O domínio dos **Limites Diminuídos**, que engloba os EMP da *Grandiosidade/Superioridade* (crença de superioridade em relação aos outros com direito a privilégios especiais; recusa em se submeter às regras de reciprocidade da interacção social normal), do *Auto-controlo e da Auto-disciplina Insuficientes* (grande dificuldade ou recusa em exercer um auto-controlo e pouca tolerância à frustração para atingir os seus objectivos), surgem na falta da noção de limites realísticos por parte da criança, essenciais para que estas sejam capazes de auto-disciplina, de controlo dos seus impulsos e de percepção das necessidades dos outros.

Em quarto lugar, o domínio de **Orientação Para o Outro** resulta das dificuldades tidas durante a infância em expressar as necessidades e as emoções sem sentimentos de culpa ou receios de represálias; deriva daqui um excessivo enfoque nas necessidades dos outros, em detrimento das suas próprias necessidades, desenvolvendo os EMP de *Subjugação* (submissão coagida ao controlo de terceiros para evitar a raiva, retaliação e o abandono), *Auto-sacrifício* (excessivo enfoque nas necessidades dos outros, em prejuízo do seu próprio bem), *Procura de Aprovação/Reconhecimento* (procura excessiva da aprovação, reconhecimento ou atenção por parte de terceiros).

Por fim, o domínio da **Supervigilância e Inibição**, como o próprio nome indica, resulta do excesso de vigilância, da baixa tolerância ao fracasso e da obediência a regras demasiado rígidas a que as crianças são sujeitas, o que acaba por originar factores de inibição para a expressão de sentimentos e impulsos e para a espontaneidade das escolhas a fazer. Os EMP associados a este domínio são os de *Pessimismo/Preocupação* (medo extremo de cometer erros, em função de uma excessiva valorização dos aspectos negativos da vida e uma desvalorização dos aspectos positivos), *Inibição Emocional* (inibição excessiva para a acção espontânea, para a partilha de sentimentos e para o estabelecimento de comunicação como forma de evitar a desaprovação dos outros e os sentimentos de vergonha), *Padrões Excessivos de Realização* (crença de que é preciso estar à altura de padrões muito elevados de

comportamento e de desempenho) e de *Auto-punição* (crença de que se deve ser severamente punido por cometer qualquer erro) (Young, 1999; Young *et al.*, 2003).

Resulta do exposto que o desenvolvimento adequado destes cinco domínios está na proporção directa de uma educação e ambiente familiar e social adequados e estimulantes. A falta destas condições potenciam o desenvolvimento de EMP que vão persistir durante toda a vida e tornar-se nos padrões de funcionamento ao nível cognitivo, emocional, interpessoal e comportamental, sem esquecer, porém, o papel extremamente importante que podem ainda ter os factores biológicos e da personalidade. Os esquemas e os domínios respectivos oferecem, por isso, um mapeamento de um amplo espectro de disfunções de personalidade e identificam factores de predisposição para o desenvolvimento e manutenção de sintomatologias psicopatológicas, permitindo explicar, com base em determinadas experiências, vários problemas interpessoais (Young, 1999; Hoffart *et al.*, 2006). Embora os esquemas não tenham que corresponder a desordens de personalidade, há vários estudos que apontam para essa questão, onde se tem vindo a estabelecer uma estreita correlação entre os EMP e diversas escalas que avaliam perturbações de personalidade. Isto significa que ao modificar os EMP poderemos estar a diminuir a sintomatologia psicopatológica (Nordahl *et al.*, 2005).

Como anteriormente referimos, uma vez desenvolvidos, os EMP podem activar diversas emoções, como a tristeza, a raiva e o medo, sempre que a existência dos esquemas é ameaçada. Young referiu-se a três formas de resposta que, normalmente, podem ser desenvolvidas quando ocorre esta ameaça: a compensação, o evitamento e a manutenção (Bernstein, Arntz & Vos, 2007; Young, 1999; Young *et al.*, 2003). A sua função consiste em manter a validade dos esquemas, procurando informação que seja congruente com a sua manutenção, o que pode passar pela distorção da informação para manter a validade do esquema (Gouveia *et al.*, 2006). É relevante aqui referirmo-nos a estas formas de resposta esquemática, porquanto a sua incidência é recorrente no processo reabilitativo da população reclusa, que constitui o nosso objecto de estudo.

Em que consiste, então, cada um destes processos esquemáticos? O processo de compensação do esquema consiste na adopção de um estilo cognitivo e comportamental que, aparentemente, é o oposto das crenças nucleares do indivíduo, mas que, na verdade, constituem tentativas para ultrapassar os EMP que acabam por surtir o efeito inverso e originar um processo de sobre-compensação. É o caso do indivíduo que, tendo um historial de privação emocional significativa em criança, se torna narcisista em adulto. O problema é que, caso o processo de compensação não seja bem sucedido, o esquema primário que esteve na

sua base pode ser reactivado e até acentuar-se. Assim, recorrendo ao exemplo apresentado, perante o fracasso em conseguir contrariar o esquema nuclear, o indivíduo narcisista pode afastar-se de qualquer relação de amizade e voltar a cair numa situação de privação emocional.

Em segundo lugar, o processo de evitamento surge, como o próprio nome indica, sempre que o indivíduo evita pensar em temas relacionados com os esquemas, experienciar emoções ou assumir comportamentos que possam activar os esquemas e a carga afectiva negativa que lhes está adjacente. Ocorre, por exemplo, quando o mesmo indivíduo com a crença nuclear de privação emocional evita partilhar as suas experiências afectivas, não fazendo qualquer esforço para ter uma relação emocional (por exemplo, não assume um compromisso amoroso ou recusa ter filhos), acabando por se isolar da sociedade. A estratégia de evitamento da activação do esquema acaba assim por ter como resultado a manutenção dessa mesma crença e a inviabilização de experiências que possam contrariar a crença nuclear.

Por fim, o processo de manutenção consiste no desenvolvimento de um conjunto de distorções cognitivas (abstracção selectiva, inferência arbitrária, sobregeneralização, pensamento dicotómico, etc.) e de comportamentos selectivos mal-adaptativos que têm como efeito reforçar a própria crença. É o que explica que o indivíduo com a crença da privação emocional escolha como companheiro alguém que continuará a negligenciá-lo emocionalmente e com o qual acabe por gerar ciclos cognitivo-interpessoais disfuncionais, desenvolvendo assim formas comportamentais que funcionam como complemento e reforço da crença nuclear (Rijo *et al.*, 2006).

1.2. Terapia focada nos esquemas

Na nossa investigação seguimos a metodologia sugerida pela Terapia Focada nos Esquemas (TFE). O objectivo fundamental da TFE é corrigir as distorções existentes no processamento de informação social e reestruturar/flexibilizar as crenças nucleares mais rígidas, através da activação da(s) crença(s) disfuncional(ais), da tomada de consciência sobre a sua existência e da compreensão do seu funcionamento e interferência que esta tem na forma como essas crenças podem induzir em erros cognitivos acerca da realidade. Trata-se de uma nova perspectiva de reabilitação uma vez que, para além da base cognitivo-comportamental em que assenta, a TFE enfatiza a relação terapêutica, as experiências afectivas e a discussão de experiências de vida precoces. Esta metodologia de intervenção

aponta a relação terapêutica como sendo a base fundamental para a mudança. Mas não só. É essencial também para a potenciação da integração dos aspectos emocionais e interpessoais, para uma maior compreensão da patologia da personalidade e para uma maior sensibilização e auto-consciencialização do indivíduo para resistência à mudança, sem as quais a mudança dos EMP não se poderá dar (Rijo *et al.*, 2006).

A TFE apresenta diferenças em relação à Terapia Cognitiva de curta duração, que importa aqui realçar na medida em que são estas diferenças que justificam, em grande medida, a escolha desta concepção teórica para a orientação do nosso trabalho de investigação. É uma concepção que entendemos melhor se coadunar ao universo o nosso estudo. Com efeito, a TFE permite: um maior confronto do indivíduo objecto de intervenção; faz com que a relação terapêutica seja mais usada como instrumento de mudança cognitivo-comportamental; apresenta um quadro de intervenção terapêutica mais alargado e, portanto, mais adequado para contrariar a maior resistência à mudança que caracteriza os EMP; o nível de afectos envolvidos é maior; há uma maior preocupação em identificar e ultrapassar o evitamento afectivo, cognitivo e comportamental, que funcionam como mecanismos de perpetuação dos EMP; dá maior relevo às origens dos esquemas na infância e despende mais tempo na utilização de técnicas experimentais em torno destas origens (Young, 1999). Todavia, alguns elementos essenciais da Terapia Cognitiva continuam a permanecer na TFE, como o facto de o terapeuta continuar a assumir uma postura mais activa e colaborativa no processo de mudança esquemática (e não tanto analítica), que é feito de uma forma mais sistematizada; e como o facto de ser uma técnica directa e rápida, que recorre a uma abordagem eminentemente empírica (Young, 1999).

A estratégia de intervenção da TFE para a mudança esquemática passa pela confrontação e activação dos EMP, depois de numa primeira etapa, estes serem devidamente identificados, através da avaliação do indivíduo. Para a identificação e análise dos esquemas dominantes, foi desenvolvida uma escala, o *Questionário de Esquemas de Young* (Young *Schema Questionnaire* - YSQ). Este questionário, ao qual cada indivíduo que venha a ser alvo de intervenção terapêutica deve responder, constitui hoje um instrumento essencial para o diagnóstico dos esquemas. Mas para além deste instrumento, podem também ser utilizadas várias outras tipologias técnicas, como cognitivas, interpessoais, emotivas e comportamentais (Rijo *et al.*, 2006; Young, 1999). Neste sentido, TFE pode ser vista como uma importante extensão da terapia cognitiva, tendo sido desenvolvida com a integração de contributos da terapia cognitivo-comportamental e de terapias psicodinâmicas, experimentais e interpessoais.

A TFE é dirigida a indivíduos com problemas crónicos interpessoais, que, por vezes, estão associadas a patologias de personalidade (Young, 1999), e é utilizada principalmente nos tratamentos da depressão, da ansiedade, em situações de traumas e abuso, na bulimia nervosa e na dependência de substâncias (Nordland *et al.*, 2005).

2. O Sistema Prisional

Constituindo a população reclusa o objecto da presente investigação, é importante que aqui façamos uma breve caracterização da forma como o encarceramento tem evoluído ao longo do tempo e da forma como este foi sendo racionalizado por diferentes correntes de pensamento, seguindo-se depois a identificação, numa perspectiva sintomatológica, das dificuldades que a reclusão levanta, nomeadamente ao nível da ansiedade, da depressão e da psicopatologia. Por fim, é importante que também expliquemos de que forma tem evoluído o tratamento penitenciário, até porque isso ajudará a compreender de que forma este influencia e actua sobre a população reclusa, determinando dessa forma o sucesso ou insucesso de todo e qualquer programa de intervenção terapêutica em contexto prisional.

2.1. Caracterização geral

Numa definição muito geral, o sistema prisional, de que todas as sociedades estão munidas, tem como função a criação e manutenção de espaços de isolamento, com regras de funcionamento próprias, que se destinam a confinar indivíduos prevaricadores da ordem social instituída num regime de reclusão, com liberdade limitada e isolado da sociedade, de forma mais ou menos temporária (em alguns sistemas prisionais, este isolamento pode ser perpétuo), de forma a reabilitar o indivíduo prevaricador e proteger a sociedade enquanto este não é reabilitado.

Como que reflectindo a evolução da sociedade como um todo, o sistema prisional não tem deixado de sofrer substanciais transformações ao longo do tempo na forma como encara e entende que deve concretizar a sua função social. Com efeito, os primórdios do sistema prisional remontam ao século XVI, altura em que surgem na Europa as primeiras casas de correcção ou de trabalho caracterizadas por um regime fechado de clausura e dirigidas aos vadios e indigentes (Gonçalves, 1998; Vieira, 2005) e em que prevaleciam as concepções agostinianas da natureza do homem, enraizadas na teologia cristã, que defendiam que o homem era um ser imperfeito e que só através do sofrimento corporal poderia ser salvo. Contudo, nos finais do século XVII e princípios do XVIII, por influência das ideias

iluministas que defendiam uma concepção antropológica mais optimista, porque convicta da grandeza e do potencial do homem e da racionalidade humana, começam a construir-se, na Europa e nos EUA, os primeiros estabelecimentos prisionais para delinquentes. Numa primeira fase, nestes estabelecimentos era aplicado um regime de isolamento total no espaço da cela e era obrigatória a leitura da Bíblia (sintomático da importância que a religião ainda tinha como complemento terapêutico). Posteriormente, o tempo de reclusão passou a ser ocupado por actividades de trabalho em conjunto com outros detidos, mas devendo estes permanecer sempre em silêncio. No entanto, até meados do século XIX, não houve qualquer forma de tratamento prisional, sendo os reclusos alvo de castigos corporais regulares durante todo o período de estadia na prisão (Gonçalves, 1998).

Só mais tarde, em 1870, foi introduzido nas prisões um princípio de reabilitação: caso os reclusos tivessem uma boa conduta durante o período de reclusão poderiam sair em liberdade (Vieira, 2005). Posteriormente, entre os anos de 1900 a 1930 assistiu-se a um maior recurso ao trabalho físico para modificar comportamentos e atitudes dos detidos e a educação começou a surgir como o veículo a que se passou a dar uma maior importância para a reabilitação dos reclusos. Nos anos 60 e 70 do século XX, o sistema prisional e a reclusão começam a ser encarados sob uma perspectiva científica, com a introdução de novos métodos, inspirados nas ciências comportamentais, que deram origem aos serviços de antropologia, de psicologia e de sociologia nas prisões. Finalmente, mais tarde, surgem as intervenções específicas individuais e em grupo com o objectivo principal de provocar uma mudança de atitudes e de comportamentos nos reclusos. (Gonçalves, 1998; Vieira, 2005; Gonçalves, 2000).

Vários foram os autores que se debruçaram sobre a temática da prisão e da reclusão, que deram alguns contributos relevantes para compreender esta realidade, que importa aqui reter. Foucault foi quem primeiro definiu a prisão como sendo um «dispositivo penal [e um] produto da interligação entre a lei e o poder» que concretiza a sua prática correcional através da aplicação de várias formas de punição, entre as quais os castigos corporais têm assumido, e em muitos sistemas prisionais ainda assumem, uma importância central (1975, cit. in Gonçalves, 1993, p.78). Mais tarde, Goffman (2001, p.11), dá um importante contributo para uma maior compreensão do sistema prisional, sobretudo no que diz respeito à forma como este actua sobre a população reclusa, com as suas pesquisas sobre a forma de funcionamento daquilo que designa como sendo as instituições totalitárias. A instituição totalitária é definida por si como «um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos,

separados da sociedade por um período de tempo considerável, levam, em conjunto, uma vida fechada e formalmente administrada» tendo esta como característica fundamental o facto de o espaço e o tempo serem totalmente controlados pela autoridade que conduz e fiscaliza o seu correcto funcionamento. Ora, de acordo com esta definição, o estabelecimento prisional apresenta-se como um dos melhores exemplos deste tipo de instituições totalitárias, porquanto este se caracteriza pela existência de um conjunto de regras de funcionamento fixas, pelo exercício de um poder coercivo através de ameaças e sanções físicas e morais, pela imposição de horários rígidos, de regras de comunicação inflexíveis, pela existência de uma hierarquia rígida e pela limitação dos estatutos e papéis que podem ser assumidos pela população reclusa. Só compreendendo as especificidades do funcionamento prisional se pode compreender a «cultura carcerária», enquanto conjunto complexo de valores, de normas, atitudes e comportamentos desenvolvidos e partilhados pela população reclusa, no contexto da qual esta procura a sua adaptação ao meio prisional. A interiorização desta cultura e o esforço de adaptação que isso acarreta por parte dos reclusos influencia profundamente a forma como são percebidas as possibilidades da sua reabilitação e poderá constituir, precisamente por isso, um dos principais óbices ao sucesso da nossa investigação (Gonçalves, 1993).

Não obstante, actualmente, e na linha do que defende Manuela Ivone Cunha (Cunha, 2008), o sistema prisional está cada vez mais «aberto», ou seja, procura e é levado cada vez mais reduzir o isolamento a que a população reclusa está sujeita em relação à sociedade. E, de facto, as necessidades de recursos que o número cada vez mais alargado de áreas e serviços presentes no meio prisional (saúde, educação, formação profissional, trabalho) implicam, só podem ser satisfeitas fora dos muros da prisão e isso incrementou o fluxo entre o meio prisional e a realidade exterior, o que tem vindo a permitir uma maior ressocialização do recluso. Isto não deixa, naturalmente, de constituir uma oportunidade para que se procurem novas abordagens nas formas de tratamento penitenciário.

Esta maior abertura da prisão tem suscitado algumas questões em relação ao carácter punitivo da prisão, opondo-se a este respeito duas perspectivas: a de «normalização» e de «elegibilidade inferior». De acordo com a primeira, a prisão deve procurar recriar tanto quanto possível aspectos essenciais da vida em sociedade (afectividade, vida sexual, educação, etc.), para que o recluso tenha acesso às mesmas oportunidades dos cidadãos livres e mantenha sempre um vínculo que facilite a sua reintegração social após o cumprimento da pena. Contudo, as diferenças entre mundo prisional e mundo livre não podem ser reduzidas de

tal forma que aquele se esvazie das suas funções punitivas e perca o seu efeito dissuasor relativamente ao comportamento desviante. É o que defende a noção de «elegibilidade inferior». E, neste sentido, a evolução do sistema prisional encontra-se numa encruzilhada entre a necessidade de garantir condições para uma reabilitação psicossocial de acordo com princípios de maior justiça social e os riscos desta maior aproximação entre prisão e sociedade poder levar o sistema prisional a diluir a sua função e eficácia social, embora Manuela Cunha destaque que a «segurança e disciplina (...) tend[am] em última instância a prevalecer sobre as outras dimensões» (Cunha, 2008, p.25).

Em todo o caso, o que se tem assistido é uma evolução do sistema prisional no sentido de uma maior abertura à sociedade e de uma maior sensibilização para a importância da reabilitação do recluso como forma de combate à criminalidade.

2.2. Ansiedade, Depressão e Psicopatologia nas Prisões

A adaptação ao meio prisional é um processo bastante complexo que varia de indivíduo para indivíduo e para o qual concorrem vários factores como a duração da pena, a idade, o sexo, o estado civil, o tipo de crime cometido e o facto de ser reincidente ou não. As características de cada indivíduo, e nomeadamente a sua personalidade, são determinantes para a forma como se processa a adaptação ao meio prisional e como são resolvidos os problemas inerentes ao mesmo. E esta adaptação será tanto mais bem sucedida, quanto maior for a capacidade do indivíduo para rapidamente identificar e interiorizar as regras de funcionamento de um estabelecimento prisional e para estabelecer princípios pessoais de gestão dessas mesmas regras, aceitando comportar-se de acordo com elas ou actuando sobre elas, aceitando algumas e recusando outras (Gonçalves, 1999).

Este processo de adaptação é bastante doloroso para o recluso na medida em que implica uma despersonalização e «mortificação do eu» no decurso do qual este é levado a despojar-se da sua anterior personalidade para ser imbuído, adentro da instituição totalitária, de um novo estatuto e papel, o de recluso (Gonçalves, 1999). É no contexto deste processo de adaptação que importa aqui referir as sintomatologias da ansiedade e de depressão, pois são estas que vários estudos demonstram apresentar uma maior incidência na população reclusa. E, de facto, são inúmeras as dificuldades de adaptação do recluso ao meio prisional, o que faz aumentar esses mesmos níveis. O isolamento, o ruído e o transporte dos problemas familiares vividos no exterior e a incapacidade para o recluso os resolver a partir da prisão, as dificuldades de estabelecimento de relações com a população reclusa, o «despojamento de

papéis» e a perda da identidade (troca do nome por um número e por uma alcunha prisional), a inactividade, a desorientação temporal, são, no seu conjunto, dificuldades que, além de poderem comprometer o sucesso das intervenções penitenciárias, Rui Abrunhosa Gonçalves aponta como sendo responsáveis por vários outros problemas que se manifestam no recluso, podendo haver consequências drásticas ao nível da saúde mental, designadamente na gestão do stress, na capacidade de auto-controlo, em alterações na auto-eficácia e auto-estima, em défices na comunicação verbal e não verbal, em problemas sensoriais, nas alterações na auto-imagem, em problemas de sedentariedade, perturbações da sexualidade, perturbações relacionadas com o consumo de estupefacientes, perturbações relacionadas com as doenças infecto-contagiosas, perturbações afectivas, problemas de despersonalização, perturbações de adaptação à prisão, suicídio e tentativas de suicídio (Gonçalves, 2000). Adicionalmente, refira-se ainda que na população reclusa de sexo feminino «a sensação de perda e abandono dos seus filhos» constitui um dos principais factores de stress e ansiedade (Paiva, Lopes & Lopes, 2005, p. 65).

Efectivamente, são diversos os estudos realizados que comprovam que a sintomatologia da ansiedade e de depressão incide no meio prisional com particular acutilância. No caso de Portugal, podemos referir um estudo em que se aplicou o instrumento *State Trait Anxiety Inventory* (STAI), que verificou que numa amostra de 48 reclusos, 88% apresentava elevados níveis de ansiedade (Ventura & David, 2001). Ansiedade e depressão são, portanto, juntamente com os EMP, supra definidos, dois eixos estruturantes da nossa investigação. Importa, por isso, que aqui os definamos.

A ansiedade é o «estado emocional de tensão», durante o qual o indivíduo experiencia, numa situação de grande agitação, as sensações de aflição e de insegurança e uma profusão de manifestações somáticas físicas como tensões musculares, tremores, suores, o aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco e que pode resultar da sensação de ameaça eminente à integridade física e psicológica (Beck & Emery, 1985). Estes índices de ansiedade podem ser potenciados pelo clima de ameaça latente em relação a valores e objectivos dos reclusos, ao mesmo tempo que este tem a consciência de que não dispõe dos recursos pessoais necessários para evitar essa ameaça, perante a qual se sentem, por isso, bastante vulneráveis. Podem distinguir-se dois tipos de ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço. Esta define-se como a tendência geral que cada indivíduo tem para lidar com situações de *stress* e de como avalia o risco psicológico de cada uma dessas situações; aquela define-se como a elevação do nível de ansiedade que, de forma temporária, determinadas situações provocam nos indivíduos

(Spielberger, 1985; Ventura & David, 2001). Nesta nossa investigação, como veremos, procuraremos medir a ansiedade-traço de uma amostra de reclusas para aferir da relação entre os níveis detectados e a presença de psicopatologia, de depressão e dos EMP. De referir que a ansiedade pode ser considerada como normal sempre que dela depender o estímulo necessário para a resolução da situação de tensão que lhe está na origem. Contudo, a classificação da ansiedade como sendo normal ou patológica depende sempre da forma de funcionamento da pessoa ansiosa (Gonçalves & Silva, 1999).

A depressão, por seu turno, é uma perturbação mental que surge frequentemente da noção que o indivíduo adquire de que está num estado de solidão afectiva, que habitualmente é acompanhada da física, que se manifesta em formas de humor depressivo e num conjunto mais ou menos alargado de sintomas psicológicos e somáticos (baixa auto-estima, distúrbios do sono, perda de apetite, baixa energia), e que se pode agudizar quando experienciada no meio dos outros que a ignoram (Harrison, Geddes, & Sharpe, 2002). Esta patologia resulta numa tripla percepção negativa que o sujeito deprimido desenvolve em relação a si, ao mundo e ao futuro e numa desvalorização da informação de carácter positivo que possui e que pode contribuir para o ultrapassar desse estado emocional (Gonçalves & Silva, 1999). A persistência ou agudização de um estado depressivo (e distinguem-se três tipologias depressivas: leve, moderada e grave) podem conduzir a uma acentuada deterioração da capacidade individual do sujeito depressivo para ter cuidados consigo próprio ou para responder às suas responsabilidades diárias a vários níveis.

É um facto comumente aceite que a população reclusa apresenta um elevado índice de perturbação e de doença mental e, neste sentido, são recorrentes nesta população as manifestações de sintomas ansiedade e depressão, frequentemente associados, como salienta Gonçalves, a explosões de agressividade, a descompensações do tipo psicótico, a alterações da imagem de si, a delírios e, nos casos mais extremos, a tentativas de suicídio. A este respeito, Gonçalves (1999) identifica seis grupos de patologias, às quais corresponde um determinado conjunto de sintomas: 1) perturbações de tonalidade ansiosa; 2) perturbações de tonalidade depressiva; 3) perturbações de tonalidade psicótica; 4) perturbações do comportamento; 5) perturbações hipocondríacas; e 6) perturbações psicossomáticas. É consabido que, no meio prisional, estas patologias coexistem com problemas associados ao álcool, ao consumo de estupefacientes, à falta de controlo da agressividade e a muitos outros tipos de problemas de comportamento desajustado (Pollock, 1998). Um estudo realizado

numa prisão feminina dos EUA constata que a maioria da população reclusa estava sob tratamento por abuso de substâncias ilícitas e/ou por problemas mentais (Jordan *et al.*, 2001).

2.3. Tratamento Penitenciário

Pinatel define tratamento penitenciário segundo uma vertente terapêutica e regeneradora como sendo uma «acção levada a cabo junto do delinquente, com vista a tentar modelar a sua personalidade com o objectivo de o afastar da reincidência e favorecer o seu enquadramento social» (Pinatel, 1975, p. 612). Por outro lado, Bravo (1986, p. 231). acrescenta que o tratamento penitenciário deve assentar «numa ajuda baseada nas ciências do comportamento, aceite voluntariamente pelo condenado para que este adquira a intenção e a capacidade de viver respeitando a lei» ou, numa versão mais psicossocial, para «que possa superar essa série de condicionalismos pessoais e sociais que puderam provocar ou facilitar a sua delinquência».

Gonçalves (1993)¹ aponta ainda para a insuficiência da intervenção penitenciária que se limita a isolar o recluso como forma de prevenir a criminalidade, defendendo que, antes pelo contrário, esta deve implicar uma reeducação do recluso de forma a que, ainda no meio prisional, este adquira as competências necessárias para uma reintegração na sociedade com o mínimo risco de reincidência na via da criminalidade

Destas concepções derivou a criação do Plano Individual de Readaptação (PIR), que, dependendo do recluso e das características da sua pena, visa a definição de um plano de actividades em relação às quais o recluso deve assumir o compromisso do seu cabal cumprimento. Este plano integra um acompanhamento no exterior, nomeadamente com intervenção da família. Assim concebido, este modelo de intervenção penitenciária afasta-se já consideravelmente do paradigma observado por Goffman: mais do que impor uma nova realidade ao recluso, o sistema prisional deve procurar prepará-lo para o regresso na sociedade em condições que minimizem os riscos de reincidência, recorrendo para isso, tal como sugere a Reforma Penal Internacional, a todos os meios terapêuticos, educativos, morais, espirituais, entre outros, que possam contribuir para o tratamento individual do recluso (Gabriel, 2007).

Apesar dos enormes avanços nas concepções teóricas acerca do tratamento penitenciário, não deixou de haver algum cepticismo por parte de muitos (tanto no poder

¹ Em Portugal, são o Decreto-lei n.º 265/79, de 1 de Agosto, Decreto-lei n.º 49/80, de 22 de Março, e Decreto-lei n.º 414/85, de 18 de Outubro que definem, em termos legais, as normas de execução das penas de prisão e onde está expresso o objectivo de estas deverem levar a uma reintegração social do recluso.

político, como na comunidade científica e prisional) em relação à sua aplicabilidade no sistema prisional. Vários autores referiram a existência de diversos mitos e falácias geradores de muitos erros acerca das reais possibilidades de reabilitação dos reclusos.

As principais causas apontadas para o insucesso das intervenções reabilitativas em meio prisional prendem-se com o carácter invariavelmente totalitário do espaço e das rotinas prisionais (com o excesso de controlo do espaço, do tempo e dos relacionamentos dos reclusos que isso implica); com a existência duma cultura carcerária, com códigos próprios e papéis hierarquizados entre os reclusos e cuja existência e funcionamento informal é frequentemente incompatível com o normal funcionamento do sistema normativo formal que corporiza as práticas de intervenção penitenciária; e, finalmente, com a existência de um sistema de comunicação excessivamente complexo no interior da prisão (Vieira, 1998).

Mais ainda, estas condições podem levar os reclusos a aprender e adquirir hábitos que poderiam não ter antes, como aceitar a violência como padrão comportamental normal e desenvolver contactos com criminosos, mesmo após libertação, e aprender novas práticas criminosas. São, obviamente, consequências que constituem a negação dos princípios basilares do sistema de reabilitação prisional. Não é raro, por isso, que as prisões sejam frequentemente conhecidas como «escolas do crime», nem admira que os valores de reincidência permaneçam tão elevados (Ventura, 1998). Por exemplo, na Grã-Bretanha, mais de 60% dos reclusos que saem em liberdade, retornam à prisão em menos de 4 anos depois de cometido o primeiro crime (Giddens, 2004).

Neste sentido, as regras penitenciárias europeias sobre o tratamento penitenciário referem que a prisão deve assemelhar-se o mais possível com o exterior, deve facilitar o contacto com o exterior, promover a participação activa dos reclusos e proporcionar a sua participação na escola, no trabalho e nos tempos livres (DGSP, 2008). Não se pode, no entanto, esquecer que todo e qualquer programa tem de ir ao encontro dos interesses e necessidades da população reclusa e o recluso tem de ter um papel activo e deve deter sempre o poder de livre decisão (Gonçalves, 2005).

Para além disso, importa também que se racionalizem os esforços de diminuição da reincidência criminal não apenas no momento da reclusão, mas também nos períodos imediatamente anteriores e posteriores à mesma. Por outras palavras, não é suficiente a criação de condições para uma reclusão digna e humana; uma intervenção penitenciária eficaz tem que se integrar num conjunto abrangente de medidas, que englobem as questões do desenvolvimento humano e de melhoria das condições de vida, sobretudo se se tiver em conta

que a esmagadora maioria da população reclusa tem origem em contextos sociais desestruturados e desfavorecidos.

Todavia, ao contrário de todos os cepticismos, estudos recentes têm revelado a eficácia da reabilitação para a diminuição de reincidência dos reclusos e têm revelado o método cognitivo-comportamental como a abordagem que se revelou mais operativa e mais profícua de resultados no contexto prisional. Os objectivos desta abordagem passam pelo treino cognitivo, como a resolução de problemas, desenvolvimento do raciocínio moral e das competências sociais e a reestruturação cognitiva ao nível das distorções do pensamento (Pedrosa & Dias, 2005). Um factor apontado como extremamente importante para este sucesso é o desenvolvimento de intercâmbios com a comunidade em que o espaço prisional está inserido, e que acabamos de referir mais acima. De facto, como muitos salientam, cada vez mais a prisão tem que ser um «sistema aberto cuja homeostase envolv[a] processos de troca, quer material como de saberes e experiências, com o exterior» (Vieira, 2005, p. 39).

Em resumo, é com a convicção de que a intervenção reabilitativa penitenciária é válida e pode ser eficaz que, em Portugal, a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais elaborou um conjunto de estratégias no sentido de uma mais eficaz ressocialização do recluso, visando cada um dos três principais agentes do meio prisional. Importa por isso que, a terminar, a elas façamos referência. Assim, é apontada a necessidade de «assegurar que reclusos, profissionais e sociedade [estejam] envolvidos na preparação de uma vida em liberdade sem cometer crimes», propondo para isso que se assegure «a participação activa do recluso na sua própria mudança (abordagem do *empowerment*); que se capacite os «reclusos para a vida em liberdade», que se incentive «a manutenção/criação de laços familiares e de outros favoráveis à ressocialização», que se avalie os reclusos «em função, designadamente, da situação jurídico-penal, do perfil criminal, do regime de cumprimento de pena, das necessidades específicas, das capacidades e motivações, com vista à integração em programas e projectos de ressocialização mais adequados» a cada situação específica e que se promova «a avaliação da condição física e psíquica dos reclusos numa perspectiva da adopção de estilos de vida saudáveis». Em relação aos profissionais, é preciso «facilitar o processo de mudança nos reclusos» e «promover a intervenção de técnicos especializados nas áreas de animação sócio-cultural e desportiva». Finalmente, em relação à sociedade, há que «promover a reintegração na sociedade de pessoas preparadas para o mercado de trabalho e para o exercício pleno da cidadania», há que «sensibilizar e informar a sociedade, dando a conhecer o que se faz numa

prisão e a forma como contribui para segurança e prevenção criminal» e que «promover a ligação entre o meio prisional e o meio livre» (DGSP, 2008).

3. Esquemas Mal-Adaptativos Precoces na Reclusão

Segundo Agra (1986), o actual paradigma sistémico-comunicacional-informacional define a pessoa como sendo composta por factores psicológicos, biológicos e sociais, defendendo, por isso, uma abordagem sistémica e interaccionista, assim como uma concepção holística, que permitam uma melhor compreensão do comportamento humano, permitindo-nos entender e conhecer melhor o comportamento delinquente. Também Fonseca identificou os factores de natureza individual (aspectos neuropsicológicos, biológicos, genéticos ou cognitivos) e sociológica como sendo relevantes não só para explicar a delinquência e o comportamento anti-social, mas também para explicar a sua precocidade e permanência ao longo da vida em muitos casos (Fonseca, 2004).

A criminalidade só pode, assim, ser verdadeiramente compreendida numa perspectiva sistémica. Deste modo, a consideração de variáveis como o ambiente familiar, o percurso escolar, a personalidade, entre outros, associados aos factores sociais que actuem sobre o indivíduo é crucial para compreender plenamente a incidência do comportamento desviante. De resto, está já demonstrada a relação de causalidade entre a delinquência na adolescência e a sua continuidade na idade adulta, para a qual concorrem factores como a privação económica, aquisições escolares pobres, baixa inteligência, criminalidade familiar, défice de atenção e práticas educativas desadequadas e deficitárias. Não é, portanto, de admirar, e como já se disse, que a maioria dos indivíduos delinquentes seja oriundo de contextos socioeconómicos e culturais desfavorecidos (Gonçalves, 1999; Farrington, 1998).

São todos estes condicionalismos e experiências adversas que lhes estão associadas que mais proporcionam o desenvolvimento dos EMP (Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005; Hoffart, Sexton, & Hedley, 2006), sendo as experiências desagradáveis com pais, familiares e pares durante os primeiros anos de vida infância as mais determinantes (Young, 1999).

As definições que atrás fizemos dos conceitos de crença ou esquema cognitivo têm aqui pertinência na medida em que estes são úteis para a conceptualização do comportamento desviante necessária para a formulação de estratégias interventivas que contrariem este comportamento. Com efeito, na base do comportamento desviante está a correlação, de médio/longo prazo, de um conjunto de factores (sociais, familiares, interaccionais, institucionais, etc.), dos quais os de natureza cognitiva assumem uma particular relevância, na

medida em que é neles que se localiza a origem do processamento distorcido da informação social. Como já atrás referimos, o comportamento desviante releva de estruturas cognitivas disfuncionais no indivíduo. Daí que todo e qualquer programa de reabilitação psicossocial de indivíduos com comportamento desviante tenha que passar, invariavelmente, por uma reestruturação/flexibilização das crenças disfuncionais (Rijo *et al.*, 2006). Resulta assim que EMP e comportamento desviante são variáveis indissociáveis. Esta indissociabilidade, conceito essencial em toda esta investigação, pode resumir-se nas seguintes premissas: 1) o comportamento desviante é o resultado de médio/longo prazo de um conjunto de factores interrelacionados que influenciam a vida e o desenvolvimento do indivíduo; 2) os factores de ordem cognitiva são os que mais concorrem para o desenvolvimento desse comportamento desviante, apontando-se por isso a correcção dos EMP como o nível de intervenção que deve ser privilegiado no processo reabilitativo; 3) as áreas de aceitação pelos outros, de ligação aos outros e a aquisição de regras e de limites são apontadas como as mais afectadas pelo desenvolvimento do comportamento desviante/anti-social, na medida em que este está ancorado em sentimentos de desconfiança e abuso, de defeito e inferioridade, de fracasso, de abandono ou de indesejabilidade/exclusão social; 4) o comportamento desviante é, também, o resultado de um processo de interpretação distorcida dos eventos sociais que, por seu turno, deriva de uma construção de estruturas cognitivas disfuncionais através da aprendizagem ao longo da vida de padrões de comportamento anti-social; 5) derivado do ponto anterior, preconiza-se que qualquer esquema de intervenção reabilitativa psicossocial deva visar a reestruturação/flexibilização dos EMP que estão na base daquela leitura distorcida da realidade; 6) as várias estratégias (cognitivas, comportamentais, de activação, emocionais, etc.) que podem ser usadas para a reabilitação terão que, invariavelmente, passar pela desconstrução dos EMP do indivíduo com comportamento desviante (Rijo *et al.*, 2006).

Da revisão da taxionomia dos esquemas resulta, actualmente, a identificação de cinco domínios sob os quais se subsumem os vários esquemas existentes que, de um modo individualizado e diferenciado, poderão ser observados nas reclusas. Assim, revendo o que atrás se disse, sob o domínio da *Instabilidade e Distanciamento* é apontado como expectável que sejam desenvolvidos os esquemas de abandono, privação emocional, desconfiança/abuso, activados aquando da entrada e permanência no estabelecimento prisional, quando o indivíduo em reclusão passa a estar fisicamente separado da família, amigos e pares; sob o domínio dos *Limites Indefinidos* incluem-se os esquemas de grandiosidade e auto-controlo insuficiente, presentes em comportamentos de irresponsabilidade, de falta de controlo dos

impulsos e de recusa em aceitar normas sociais; os esquemas presentes no domínio de *Autonomia Diminuída* passam pela dependência funcional, pelo medo excessivo, pela vulnerabilidade excessiva à doença e pelo emaranhamento, observável, por exemplo, na excessiva dependência de muitas reclusas em relação a indivíduos suspeitos e na frequência em que reincidem na delinquência; o domínio da *Orientação para o Outro* engloba os esquemas de subjugação, auto-sacrifício e procura excessiva de reconhecimento, patente em reclusas que se deixam influenciar e coagir, psicológica e fisicamente, pelos seus parceiros e outros criminosos; por fim, sob o domínio da *Supervigilância e Inibição* podem desenvolver-se os esquemas do pessimismo e negativismo, a inibição emocional e padrões excessivos de realização, que se acentuam na prisão devido às rígidas regras e rotinas de funcionamento deste tipo de estabelecimentos, à presença de guardas prisionais e aos comportamentos que devem assumir na prisão (Loper, 2003).

Recorrendo a esta taxionomia, e para o que ao nosso escopo diz respeito, Loper desenvolveu estudos em que, através da aplicação dos instrumentos *Questionário Esquemas de Young* (YSQ) e do *Brief Symptom Inventory* (BSI) a 116 reclusas, estabeleceu uma relação de causalidade entre os EMP, a personalidade das reclusas e a adaptação ao meio prisional, que lhe permitiu concluir, entre outras coisas, que, de facto, o domínio dos *Limites Indefinidos* está associado à sintomatologia da hostilidade e que o domínio da *Instabilidade e Distanciamento* está relacionado com diversas sintomatologias patológicas como ansiedade, depressão, somatização, hostilidade, etc. (Loper, 2003). Estas conclusões saíam reforçadas por um outro estudo realizado no Reino Unido, em que o YSQ foi aplicado a três grupos clínicos [dependentes de drogas (36), de álcool (44) e a dependentes de álcool e drogas (17)] e a um grupo não clínico (87), ao evidenciar que a presença de esquemas foi maior no grupo clínico, principalmente no grupo de dependentes de álcool, associando-se aqui aos esquemas precoces de *Inibição Emocional*, *Vulnerabilidade ao Mal* e *Subjugação* e à presença de disfunções cognitivas (Brotchie *et al.*, 2004).

De referir que, além da correlação entre esquemas, depressão e ansiedade, que é demonstrada em vários outros estudos, outros há ainda que demonstram a correlação entre estes esquemas e as perturbações da personalidade, o que aduz a hipótese de que uma alteração dos esquemas pode contribuir para a prevenção e diminuição da sintomatologia psicopatológica (Schmidt *et al.*, 1995; Welburn *et al.*, 2002). As investigações de Baker e Beech (2004) a criminosos violentos e a agressores sexuais, demonstraram a existência de uma grande variedade de EMP tanto nos primeiros como nos segundos. Na medida em que

são recorrentes os casos de ansiedade, depressão, perturbação e de experiências precoces negativas na população reclusa, torna-se patente ser esta uma das populações com características mais indicadas para o estudo da indissociabilidade entre EMP e as perturbações psicopatológicas, para o estudo dos problemas de comportamento daí resultam, de cujo maior conhecimento podem derivar melhores estratégias de intervenção (Loper, 2003).

Actualmente, existem vários programas de reabilitação penitenciária que estão a ser aplicados nas populações reclusas. Não existe ainda nenhum programa que possa ser classificado como o mais eficiente, mas não há dúvidas que os programas fundamentados na terapia cognitiva de Beck e que procuram, no seguimento do que este modelo propugna, alterar as formas «enviesadas» de pensamento dos criminosos, são os que têm produzido inequivocamente os melhores resultados (Pollock, 1998).

Apesar dos atrasos que ainda se verificam em Portugal, ao longo dos últimos anos tem-se defendido a criação de intervenções mais eficazes e realistas, que sejam fruto dum conhecimento empírico e objectivo da reclusão e do contexto psicossocial específico de cada recluso. Foi com este desiderato que se implementou a partir do ano de 2006 junto de um grupo de reclusos, de ambos os sexos e de diferentes estabelecimentos prisionais, o programa Gerar Percursos Sociais (Rijo *et al.*, 2006), um programa de prevenção e reabilitação psicossocial de indivíduos com comportamento social desviante, surgido, precisamente, como uma proposta de intervenção para desenvolver a flexibilização/reestruturação cognitiva por parte do indivíduo em reclusão e, desse modo, alterar as crenças nucleares identificadas como sendo as mais típicas naqueles indivíduos. Este programa, que tem sido aplicado com sucesso em vários contextos institucionais para além do prisional, baseia-se, simultaneamente, no modelo cognitivo de Beck e nos conceitos de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) e de Processos de Manutenção, de Evitamento e Compensação, que dão particular importância àqueles EMP, à potenciação da integração de aspectos emocionais e interpessoais, ao esforço de maior compreensão da patologia da personalidade e a uma maior sensibilização para as questões de resistência à mudança. O programa, inspirado na TFE, é constituído pelos módulos de «Comunicação», «Relacionamento Interpessoal», «Distorções Cognitivas», «Significado das Emoções» e «Armadilhas do Passado (Crenças)» que são distribuídos por quarenta sessões. Em resultado do sucesso da implementação deste programa, a DGSP pretende agora generalizá-lo a todos os estabelecimentos prisionais portugueses.

Feita a descrição dos EMP e da sua relação com a reclusão, impõe-se agora a descrição do nosso estudo empírico. É o que faremos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Nesta segunda parte do trabalho far-se-á a descrição da metodologia utilizada, com a delineação dos objectivos e das hipóteses do estudo, seguindo-se uma descrição dos instrumentos usados e a caracterização da amostra, finalizando-se com a análise e interpretação dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Como acabado de referir, a existência de grandes níveis de ansiedade, de depressão, de perturbações de personalidade na população reclusa, e a possibilidade da existência de EMP associados a estas perturbações, levou-nos a estabelecer os seguintes **objectivos**: identificar os EMP e conhecer a sua incidência na população reclusa de um Estabelecimento Prisional Feminino; verificar a existência de correlações entre os EMP com os níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica das reclusas; verificar se existe alguma relação entre as variáveis sócio-demográficas (como a idade, estado civil, habilitações literárias, zona de residência, profissão, tempo de condenação, situação jurídica, crime, tempo cumprido, punições, apoio da família e ocupação no estabelecimento prisional) e os EMP, a ansiedade, a depressão e sintomatologia psicopatológica.

Para a concretização destes objectivos, formulamos as seguintes **hipóteses**:

- **H1** - Existe um número significativo de EMP identificados nas reclusas, e pela nossa experiência quotidiana enquanto Terapeuta Ocupacional num estabelecimento prisional, prevemos como mais frequentes os domínios Supervigilância e Inibição, Orientação para o Outro e Distanciamento e Instabilidade.

- **H2** – Existe uma correlação positiva entre os EMP, os níveis de ansiedade e de depressão e a sintomatologia psicopatológica nas reclusas.

- **H3** – Existem variações nos níveis de ansiedade, depressão, sintomatologia psicopatológica e EMP das reclusas em função de variáveis sócio-demográficas (como a idade, estado civil, habilitações literárias, zona de residência, profissão, tempo de condenação, situação jurídica, crime, tempo cumprido, punições, apoio da família e ocupação no estabelecimento prisional).

1.1. Instrumentos

Da definição dos objectivos do presente estudo e da consulta de especialistas directamente ligados à Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, derivou a escolha dos instrumentos a utilizar, abaixo indicados e descritos com maior pormenor. De referir que nesta

escolha tivemos o especial cuidado de optar por instrumentos já devidamente testados na população portuguesa e que permitissem uma correcta análise e aferição dos indicadores dos EMP, da ansiedade, da depressão e da sintomatologia psicopatológica, que são estruturantes para o nosso estudo. Devido ao facto de os instrumentos utilizados neste estudo serem utilizados em contexto clínico, de serem instrumentos de diagnóstico e por estarem protegidos por direitos de autor, não serão apresentados em anexo.

Para o levantamento dos dados sócio-demográficos desenvolvemos um questionário com diversos itens que achamos pertinente para a análise dos resultados do estudo. São eles a idade, estado civil, habilitações literárias, zona de residência, profissão, tempo de condenação, situação jurídica, crime, tempo cumprido, punições, apoio da família e ocupação no estabelecimento prisional.

Para a análise e identificação dos EMP recorremos ao *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S3, de Jeffrey Young, 2005), traduzido e adaptado por Pinto-Gouveia, Rijo e Salvador (2005). Nesta escala de identificação dos EMP, Young atribui-lhe, na sua versão original, 205 itens, que foram posteriormente reformulados para 75 e, mais recentemente, para 90 itens. Na grelha de cotação contabilizam-se os itens correspondentes a 18 esquemas e calculam-se as médias individuais (variam de 1 a 6) e o total de cada um deles (variam de 5 a 30) e a pontuação total do YSQ, na qual uma pontuação mais elevada significa uma maior existência do EMP. Os 18 EMP em análise são: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Incapacidade de ser Amado, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos/Rígidos de Realização, Grandiosidade/Superioridade, Auto-controlo e Auto-disciplina Insuficientes, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Pessimismo/Preocupação e Auto-Punição. Relativamente à análise da consistência interna (Quadro 1), observa-se que os resultados obtidos no nosso estudo são superiores ao estudo de Pinto-Gouveia *et al.* (2006) evidenciando assim bons níveis de consistência interna para o nosso estudo. Por questões de economia de espaço do presente texto, serão apresentados em anexo os alfas de Cronbach de todas as dimensões dos instrumentos utilizados neste estudo, em que se poderá constatar que os alfas de Cronbach das diferentes dimensões são baixos, o que poderá estar relacionado com o número reduzido de itens ou por serem conteúdos que podem proporcionar respostas díspares. Contrariamente, os totais de cada instrumento são consistentes.

Quadro 1. Valores de Alfa de Cronbach para o Young Schema Questionnaire

Estudos	Valor de α
Pinto-Gouveia <i>et al.</i> (2006)	0,71 a 0,95 (N=62) 0,70 a 0,94 (N=41)
Neste estudo	0,976 (N=100)

No sentido de avaliar os níveis de ansiedade-traço, seleccionamos para a nossa investigação o instrumento *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), da autoria de Charles D. Spielberger, Gorsuch, Lushene em 1970, e foi adaptado para a população portuguesa por Danilo R. Silva e Sofia C. dos Santos (1997). Este instrumento, composto por 40 itens, avalia a ansiedade-estado e ansiedade-traço numa escala que varia entre 1 e 4 valores. Neste estudo iremos utilizar apenas os itens que avaliam o estado-traço (STAI-Y2) referindo-se a um traço estável da personalidade. É constituído por 20 itens, no qual os indivíduos têm de responder de acordo com o que sentem geralmente, variando entre Quase Nunca a Quase Sempre, e em que o resultado varia entre 20 a 80. Uma maior pontuação significa maiores níveis de ansiedade. No que respeita à análise de fidelidade (Quadro 2), os resultados do nosso estudo apresenta valores superiores aos do estudo de Santos e Silva (1997), evidenciando bons níveis de consistência interna para o nosso estudo.

Quadro 2. Valores do Alfa de Cronbach para o State-Trait Anxiety Inventory – Y2

Estudos	Valor de α
Santos & Silva (1997)	0,85 (N=216)
Neste estudo	0,919 (N=100)

Para avaliar a sintomatologia depressiva e a sua respectiva intensidade recorreremos ao *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, *et al.* 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b), versão portuguesa de Gorenstein e Andrade (1998). Esta escala é a mais utilizada e solicitada pela maior consistência da sua fundamentação teórica e pela maior percentagem dos aspectos que valoriza. É uma escala de auto-preenchimento e avalia como o indivíduo se sente e se vê. É constituída por 21 itens, incluindo diversos sintomas e atitudes cuja intensidade varia desde um nível neutro até a um nível máximo de severidade elevada, com avaliação entre 0 a 3 valores. Cada grupo sintomatológico dispõe de diversas afirmações do menos para o mais grave, permitindo identificar cada sintoma dentro de uma categoria (Inexistente, Leve, Moderado e Grave). A pontuação total obtida permite avaliar se existe sintomatologia depressiva. A pontuação total oscila entre 0 e 63 valores e uma maior pontuação indica maior sintomatologia depressiva. Os itens descrevem Pessimismo, Estado de Ânimo Triste, Sentimento de Fracasso, Insatisfação, Sentimentos ou Desejo de Auto-punição, Sentimentos de Culpabilidade, Ódio a Si

Mesmo, Auto-acusações, Desejos Suicidas, Crises de Choro, Irritabilidade, Afastamento Social, Incapacidade de Decisão, Distorção da Imagem Corporal, Incapacidade de Trabalhar, Perturbação de Sono, Fadiga, Perda de Apetite, Perda de Peso, Hipocondria e Diminuição da Libido (Gorenstein & Andrade 1996; Gorenstein *et al.*, 1999). Relativamente à consistência interna (Quadro 3), os valores do nosso estudo são superiores aos valores apresentados por outros autores, evidenciando elevados níveis de consistência interna para o nosso estudo.

Quadro 3. Valores de Alfa de Cronbach para o Beck Depression Inventory

Estudos	Valores de α
Gorenstein & Andrade (1996)	0.81 (N=270)
Gorenstein <i>et al.</i> (1999)	0.86 (N=1080)
Neste estudo	0,896 (N=100)

Recorreremos, por fim, ao *Brief Symptom Inventory* (BSI, da autoria de Derogatis, 1982), adaptado por Canavarro (1995). Este instrumento é constituído por 53 itens em relação aos quais cada examinado tem de responder de acordo com o grau em que cada problema o afectou durante a semana anterior à aplicação do instrumento, numa escala tipo likert de Nunca a Muitíssimas vezes, avaliando sintomas psicopatológicos em 9 dimensões, a saber: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Avalia também o índice de sintomas positivos (ISP) que varia de 0 a 4, índice geral de sintomas (IGS), que varia de 0 a 4 e o total de sintomas positivos (TSP) que varia de 0 a 53, permitindo avaliações sumárias de perturbação emocional e a figuração de diferentes aspectos de psicopatologia. No que se refere à consistência interna (Quadro 4), os valores do nosso estudo são bastantes superiores aos apresentados por Canavarro, relevando também níveis elevados de consistência interna para o nosso estudo.

Quadro 4. Valores de Alfa de Cronbach para o Brief Symptom Inventory

Estudos	Valores de α
Canavarro (1999)	0.621 a 0.797 (N= 404 e N= 147)
Neste estudo	0,966 (N=100)

1.2 Procedimentos

Numa primeira fase, por normativos de gestão administrativa e de segurança próprios dos estabelecimentos prisionais, solicitamos à Direcção-Geral dos Serviços Prisionais autorização para a realização da investigação. Após a concessão da autorização seleccionamos a amostra através da consulta dos processos individuais judiciais de cada reclusa.

Após a amostra seleccionada, a etapa seguinte passou pela entrevista individual de cada uma das reclusas seleccionadas a fim de lhes explicar o projecto, apontando-lhe os seus objectivos, duração e procedimentos, assim como a ausência de benefícios ou prejuízos resultantes da aceitação ou recusa da sua participação; do direito de, a qualquer altura, desistirem de participar no estudo sem qualquer consequência; e da garantia de protecção dos dados recolhidos durante o estudo e da confidencialidade e anonimato da sua identidade. Após a aferição de disponibilidades, a cada reclusa que manifestou interesse em participar foi pedido autorização por escrito.

A recolha de dados para o estudo ocorreu nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2009. Os instrumentos foram auto-preenchidos pelas participantes, e sempre houve um acompanhamento contínuo da investigadora. Devido aos baixos níveis escolaridade e de semi-analfabetismo, procurou-se, sempre que necessário, explicitar às reclusas o sentido de cada frase ou palavra dos instrumentos cuja compreensão seja mais complicada. Em diversas situações, ou por cansaço da reclusa ou por incompatibilidade de horários, foram marcadas duas sessões para o preenchimento completo dos instrumentos. Pretendíamos assegurar que as participantes preenchessem os instrumentos de uma forma consciente, tranquila e motivada para o efeito. O preenchimento dos instrumentos por cada reclusa teve a duração aproximada de 45 minutos. Os dados recolhidos foram processados estatisticamente no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.

1.3. Caracterização da amostra

A amostra que seleccionamos para a nossa investigação foi recolhida entre as mulheres reclusas do Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo, situado em Matosinhos. A sua escolha, assim como o objecto deste estudo, foi determinada pela facilidade de acesso e pelo contacto diário que com esta população tem a investigadora deste estudo, que há mais de cinco anos desenvolve neste estabelecimento prisional as funções de Terapêutica Ocupacional.

Afim de criar uma amostra homogénea, estipulamos os seguintes critérios de exclusão: reclusas preventivas², reclusas que não saibam ler nem escrever, reclusas com mais de 50 anos de idade, com perturbação mental diagnosticada e reclusas estrangeiras (excepto reclusas com naturalidade brasileira). Assim, seguindo estes critérios, das 256 reclusas detidas no

² **Reclusas preventivas** são todas aquelas que, ainda não tendo uma condenação judicial definitiva e/ou estando ainda a decorrer processo judicial, são detidas por ordem do juiz quando se entende que os indícios de prova são fortes indicadores de provável condenação e/ou quando haja, com a manutenção da liberdade do arguido, fortes riscos de fuga ou de contaminação/destruição de provas; **reclusas condenadas** são todas aquelas que permanecem detidas após condenação transitada em julgado.

Estabelecimento Prisional no decorrer do estudo, 108 reclusas poderiam fazer parte do nosso estudo. Como 5 reclusas não aceitaram fazer parte do estudo e a 2 reclusas não foi possível fazer a proposta de participação, restaram as **100 reclusas**, que foi o número da nossa amostra final. De modo a facilitar a descrição da amostra, não apresentaremos os valores em percentagem, uma vez que, sendo a amostra composta por 100 reclusas, os valores absolutos apresentados correspondem a valores percentuais equivalentes (1 reclusa = 1% da amostra).

A amostra é constituída por mulheres reclusas com idades compreendidas entre os 23 e 50 anos de idade, sendo a média de idades de 36.9 anos (D.P.= 6.9). Todas são condenadas, sendo 67 reclusas primárias e 33 reincidentes³. Ainda de reter que apenas 13 reclusas apresentam processos judiciais pendentes. Relativamente ao estado civil (Quadro 5), 41 reclusas são solteiras, 39 são casadas ou estão em união de facto e apenas 20 reclusas estão separadas/divorciadas ou são viúvas.

Quadro 5 – Caracterização da amostra em função do Estado Civil			
Estado Civil	Solteira	Casada/União Facto	Separada/divorciada/viúva
N	41	39	20

Quanto ao número de filhos (Quadro 6), 56 reclusas têm 1 a 2 filhos, 24 tem 3 a 4 filhos, 10 têm mais de 5 filhos e 10 reclusas não tem filhos. A média de número de filhos é de 2 filhos. Acrescenta-se que 50% dos filhos têm idades até os 12 anos e os restantes têm idades dos 13 aos 37 anos.

Quadro 6 – Caracterização da amostra em função do Número de Filhos				
N.º Filhos	Não Tem	1 a 2	3 a 4	Mais de 5
N	10	56	24	10

No que respeita às habilitações literárias (Quadro 7), esta amostra apresenta níveis baixos de escolaridade pois 84 reclusas têm a escolaridade obrigatória. As que sabem ler e escrever e têm o 1.º ciclo do ensino básico são 34, vindo imediatamente a seguir a categoria das reclusas que têm o 2.º ciclo (32 reclusas). Verifica-se que 18 reclusas têm o 3.º Ciclo e apenas 16 reclusas têm o ensino secundário e /ou um curso superior. Os resultados são consistentes com o que diversos autores têm vindo a referir.

³ **Reclusas primárias** são as que cumprem a primeira pena de prisão; **reclusas reincidentes** são as que cumprem pena de prisão, tendo já cumprido penas anteriormente.

Quadro 7 – Caracterização da amostra em função das Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Até 1.º Ciclo	2.º Ciclo	3.º Ciclo	Secundário/ Curso Superior
N	34	32	18	16

No que se refere à situação profissional (Quadro 8), 31 reclusas eram, antes da detenção, Domésticas ou Empregadas de Limpeza, 18 trabalhavam na área da Restauração, 15 reclusas eram Vendedoras Ambulantes ou Comerciantes e apenas 5 estavam desempregadas. 31 reclusas detinham outro tipo de profissões, são exemplo de agricultora, mediadora imobiliária, auxiliar de educação, operadora fabril.

Quadro 8 - Caracterização da amostra em função da Profissão

Profissão	Desempregada	Doméstica/Empregada Limpeza	Vendedora Ambulante Comerciante	Restauração	Outros
N	5	31	15	18	31

As reclusas participantes estão detidas no único estabelecimento prisional feminino da região norte do País; daí que a maior parte da amostra tenham residência em distritos do norte e alguns do centro (Quadro 9). Quase metade (44 reclusas) têm residência no Distrito do Porto, 14 reclusas moram no Distrito de Braga, 8 reclusas no distrito de Viseu, 14 residem noutros distritos e 4 reclusas têm residência no Brasil.

Quadro 9 - Caracterização da amostra em função da Zona Residência (por Distrito)

Residência	Porto	Braga	Viseu	Leiria	Aveiro	Coimbra	Brasil	Outros
N	44	14	8	5	5	6	4	14

Verifica-se que a maior parte da amostra (79 reclusas) teve condenação com pena compreendida entre 2 a 9 anos (42 reclusas entre 2 a 5 anos e 37 reclusas entre 6 a 9 anos). O tempo de condenação mais baixo verificado foi de 133 dias e o máximo foi de 23 anos.

Quadro 10 - Caracterização da amostra em função do Tempo de Condenação

Duração Pena	Até 1 Ano	2 a 5 Anos	6 a 9 Anos	10 a 14 Anos	Mais 15 anos/Indeterminada
N	4	42	37	9	8

No que diz respeito à tipologia criminal (Quadro 11), verifica-se que 50 reclusas foram condenadas por tráfico de estupefacientes, 19 reclusas por roubo/furto, 12 por homicídio, 10 por burla/falsificações e 9 foram condenadas por outros tipos de crime, entre os quais lenocínio, peculato, condução sem habitação legal e ofensa à integridade física simples.

Quadro 11 - Caracterização da amostra em função do Crime

Crime	Tráfico Estupefacientes	Roubo/Furto	Burla/Falsificações	Homicídio	Outros
N	50	19	10	12	9

Relativamente ao tempo cumprido (Quadro 12), verificamos que 54 reclusas estão detidas no EP, no máximo, há 2 anos e 41 reclusas já estão detidas há um período de tempo entre 3 a 6 anos. Apenas 5 reclusas estão detidas há mais de 7 anos.

Quadro 12 - Caracterização da amostra em função do Tempo Cumprido

Anos detidos	Até 2	3 a 6	Mais de 7
N	54	41	5

No que respeita às punições ao longo da execução da pena (Quadro 13) podemos constatar que 49 das reclusas nunca teve uma punição por comportamentos incorrectos ou por infringirem alguma regra do EP. 31 reclusas teve 1 a 3 punições, 12 reclusas de 4 a 6 e 8 reclusas foram alvo de mais de 7 punições.

Quadro 13 - Caracterização da amostra em função das Punições

Castigos	Não tem	1 a 3 castigos	4 a 6 castigos	Mais de 7 castigos
N	49	31	12	8

Existe um índice de ocupação bastante elevado (Quadro 14), pois 86 das reclusas frequentam a escola ou um curso profissional, outras têm um trabalho laboral e actividades de lazer; 7 reclusas referiram que apenas frequentavam actividades de lazer e outras 7 reclusas referiram que não frequentavam qualquer tipo de actividade.

Quadro 14 - Caracterização da amostra em função da Ocupação no Estabelecimento Prisional

Ocupação	Sim	Não	Lazer
N	86	7	7

Finalmente, relativamente ao apoio familiar (Quadro 15), 75 reclusas referiram que têm apoio da família, recebendo visitas ao EP e/ou ajuda monetária. As participantes que referem não ter qualquer apoio contabilizou um total de 25 reclusas.

Quadro 15 - Caracterização da amostra em função do Apoio Familiar

Apoio da Família	Sim	Não
N	75	25

2. Apresentação dos resultados

Passamos agora à apresentação dos resultados obtidos, com a descrição das médias das amostra de todas as dimensões dos instrumentos. Assim, relativamente ao total do STAI forma Y2 (Quadro 16) podemos considerar relativamente alta (cerca de 42), sendo o máximo possível de 80 (tendo sido atingido os 74 pelo menos por uma das participantes). Pelo total do BDI verificamos que a média é baixa (aproximadamente 14), sendo que a nossa amostra atingiu os 45, quando o máximo possível é 63. Sobre as diversas dimensões do BDI, podemos destacar que todas apresentam valores relativamente baixos. Ainda de referir que em todas estas dimensões do BDI os valores de máximo possível foram quase sempre atingidos, tendo no Componente Motivacional (6), Delirante (3) e Físico (6) atingido mesmo o valor máximo teórico possível. Em todas as dimensões o valor mínimo da nossa amostra (0) é igual ao teórico possível (0).

Quadro 16 – Resultados das dimensões do STAI - Y2 e BDI na amostra

STAI/BDI	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)	Média	Desvio Padrão
Total STAI	20 (20)	74 (80)	41,94	12,09
Componente Afectivo	0 (0)	17 (18)	4,62	3,98
Componente Cognitivo	0 (0)	16 (18)	4,39	3,94
Componente Motivacional	0 (0)	6 (6)	0,78	1,35
Componente Delirante	0 (0)	3 (3)	1,24	1,22
Componente Físico	0 (0)	6 (6)	1,30	1,62
Desvio Funcional Depressivo	0 (0)	11 (12)	3,56	2,75
Total BDI	0 (0)	45 (63)	13,63	11,10

No que se refere ao BSI (Quadro 17), os valores da média das diversas dimensões são elevados. Destacamos apenas que pelo menos uma das participantes atingiu o valor máximo teórico possível na Depressão (24), na Ansiedade (24) e Hostilidade (20). Em todas as dimensões, o valor mínimo da nossa amostra (0) é igual ao teórico possível (0). Por outro lado, podemos considerar que a média do Total Sintomas Positivos (cerca de 26) é elevada, tendo pelo menos um dos sujeitos da nossa amostra atingido os 50 (num máximo possível de 53). Podemos considerar ainda a média alta (cerca de 2) para o Índice Sintomas Positivos, em que o valor máximo da nossa amostra é de aproximadamente de 4 (em que 4 é o valor máximo possível).

Quadro 17 – Resultados das dimensões do BSI na amostra

BSI	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)	Média	Desvio Padrão
Somatização	0 (0)	25 (28)	6,10	5,60
Obsessões-compulsões	0 (0)	20 (24)	5,59	4,71
Sensibilidade Inter-pessoal	0 (0)	14 (16)	3,86	3,27
Depressão	0 (0)	24 (24)	7,00	5,66
Ansiedade	0 (0)	24 (24)	6,71	5,98
Hostilidade	0 (0)	20 (20)	3,77	4,49
Ansiedade Fóbica	0 (0)	15 (20)	2,43	3,30
Ideação Paranóide	0 (0)	19 (20)	7,82	4,72
Psicoticismo	0 (0)	15 (20)	5,20	3,86
Índice Geral Sintomas	0 (0)	2,93 (4)	1,03	0,72
Total Sintomas Positivos	0 (0)	50 (53)	25,60	13,20
Índice Sintomas Positivos	0 (0)	3,78 (4)	1,96	0,66

Nas médias das dimensões do YSQ (Quadro 18) podemos verificar que pelo menos uma das participantes teve o mínimo igual (1) ao mínimo teórico possível (1) e em apenas 8 dimensões o valor máximo não é igual ao teórico possível (6); no entanto estes valores estão muito próximos do máximo teórico possível (valores entre 5 e 6). Diversas dimensões apresentam médias elevadas; a dimensão Auto-sacrifício apresenta o valor de média mais elevado (3.61), seguida da Auto-Punição (3.35), Padrões Rígidos (3.25), Pessimismo/Preocupação (3.15), Abandono (3.10) e Inibição Emocional (2.87). Em todas estas dimensões o máximo atingido pela amostra foi de 6 (o máximo possível). A média mais baixa é da dimensão Defeito/Incapacidade de ser Amado (1,70).

Quadro 18 – Resultados da média de cada dimensão do YSQ na amostra

YSQ	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)	Média	Desvio Padrão
Privação Emocional	1 (1)	6 (6)	2,22	1,47
Abandono	1 (1)	6 (6)	3,10	1,53
Desconfiança/Abuso	1 (1)	6 (6)	2,64	1,38
Isolamento Social/Alienação	1 (1)	5,2 (6)	2,10	1,14
Defeito/Vergonha	1 (1)	5,8 (6)	1,70	1,05
Fracasso	1 (1)	5,6 (6)	1,79	1,18
Dependência Funcional	1 (1)	5 (6)	1,82	0,96
Vulnerabilidade ao Mal	1 (1)	5,6 (6)	2,52	1,20
Emaranhamento	1 (1)	6 (6)	2,36	1,27
Subjugação	1 (1)	5,4 (6)	2,20	1,17
Auto-sacrifício	1 (1)	6 (6)	3,61	1,38
Inibição Emocional	1 (1)	6 (6)	2,87	1,49
Padrões rígidos de realização	1 (1)	6 (6)	3,25	1,11
Grandiosidade/Superioridade	1 (1)	5,4 (6)	2,36	1,07
Auto-controle insuficiente	1 (1)	5,6 (6)	2,04	1,03
Procura de Reconhecimento	1 (1)	6 (6)	2,61	1,14
Pessimismo/Preocupação	1 (1)	6 (6)	3,15	1,51
Auto-punição	1 (1)	6 (6)	3,35	1,25

Como alguns estudos utilizam quer as médias, quer o total do YSQ, no que se refere ao total de cada uma das dimensões do YSQ (Quadro 19), podemos constatar os mesmos resultados do quadro anterior, com médias altas nas dimensões supra-referidas. Assim, a dimensão Auto-sacrifício apresenta o valor de média mais elevado (17,87), seguida da Auto-Punição (16,54), dos Padrões Rígidos (16,07), Pessimismo/Preocupação (15,57), Abandono (15,37) e Inibição Emocional (14,12). Em todas estas dimensões o máximo atingido pela amostra foi de 30 (o máximo possível). A média mais baixa é da dimensão Defeito/Incapacidade de ser Amado (8,33). Quanto ao total YSQ podemos considerar a média relativamente alta (cerca de 226), em que o valor máximo possível é 540, sendo que na nossa amostra pelo menos uma das participantes atingiu os 425 e o mínimo foi de 91 (mínimo possível é de 90). Pelo menos uma das participantes teve o mínimo igual (5) ao mínimo teórico possível (5) e em apenas 8 dimensões o valor máximo não é igual ao teórico possível, no entanto estes valores estão muito próximos do máximo teórico possível.

Quadro 19 – Resultados do total de cada dimensão do YSQ na amostra

YSQ	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)	Média	Desvio Padrão
Privação Emocional	5 (5)	30 (30)	11,02	7,32
Abandono	5 (5)	30 (30)	15,37	7,66
Desconfiança/Abuso	5 (5)	30 (30)	13,12	6,95
Isolamento Social/Alienação	5 (5)	26 (30)	10,44	5,67
Defeito/Vergonha	5 (5)	29 (30)	8,33	4,93
Fracasso	5 (5)	28 (30)	8,88	5,89
Dependência Funcional	5 (5)	25 (30)	9,01	4,71
Vulnerabilidade ao Mal	5 (5)	28 (30)	12,54	6,00
Emaranhamento	5 (5)	30 (30)	11,57	6,45
Subjugação	5 (5)	27 (30)	10,94	5,85
Auto-sacrifício	5 (5)	30 (30)	17,87	6,83
Inibição Emocional	5 (5)	30 (30)	14,12	7,25
Padrões Rígidos de Realização	5 (5)	30 (30)	16,07	5,64
Grandiosidade/Superioridade	5 (5)	27 (30)	11,66	5,31
Auto-controle Insuficiente	5 (5)	28 (30)	10,05	5,03
Procura de Reconhecimento	5 (5)	30 (30)	12,94	5,76
Pessimismo/Preocupação	5 (5)	30 (30)	15,57	7,57
Auto-punição	5 (5)	30 (30)	16,54	6,12
Total YSQ	91 (90)	425 (540)	226,04	73,79

Efectuamos ainda uma análise comparativa dos dados da amostra em função das variáveis sócio-demográficas. No que se refere às habilitações literárias (Quadro 20), verificamos que existem diferenças significativas no valor total do STAI e no Componente Cognitivo e Físico. Destaca-se que em todas as dimensões os níveis mais altos encontram-se no 1.º ciclo. Análise que pode ser comprovada no valor total do BDI, em que efectivamente os valores mais altos são do 1.º ciclo, em seguida o Secundário/Curso Superior, seguindo-se o 2.º

ciclo e terminando no 3.º ciclo. O 3.º ciclo apresenta os dados mais baixos em todas as dimensões (excepto no Físico). Foram encontradas diferenças significativas no valor total do BDI e no STAI.

Quadro 20 – Comparação das médias do STAI e BDI em função das Habilitações Literárias

STAI/BDI	Até 1.º Ciclo	2.º Ciclo	3.º Ciclo	Sec./CurSuperior	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Total STAI	47,32	40,75	36,78	38,69	4,205	0,008**
Afectivo	5,65	4,66	3,11	4,06	1,766	0,159
Cognitivo	6,06	3,81	3,00	3,56	3,482	0,019*
Motivacional	1,18	0,59	0,33	0,81	1,904	0,134
Delirante	1,41	1,22	1,00	1,19	0,466	0,707
Físico	1,91	0,75	0,83	1,63	3,881	0,011*
Desvio F. Depressivo	4,12	3,28	2,83	3,75	1,021	0,387
Total BDI	18,12	11,78	9,11	12,88	3,397	0,021*

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Fazendo a análise comparativa para o BSI (Quadro 21), verificamos que existem diferenças significativas com as habilitações literárias na Somatização, na Ansiedade, no Psicoticismo e no Índice Sintomas Positivos. Apesar de nas restantes dimensões não se encontrarem diferenças significativas verifica-se que os valores mais altos encontram-se no 1.º ciclo, e os valores mais baixos no 3.º ciclo, excepto na Hostilidade e Obsessões-compulsões, em que o valor mais baixo encontra-se no 2.º ciclo.

Quadro 21 – Comparação das médias do BSI em função das Habilitações Literárias

BSI	Até 1.º Ciclo	2.º Ciclo	3.º Ciclo	Sec./CurSuperior	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Somatização	7,47	6,06	3,00	6,75	2,721	0,049*
Obsessões-compulsões	7,06	4,34	4,56	6,13	2,298	0,082
Sensibilidade Interpessoal	4,47	3,66	3,39	3,50	0,619	0,604
Depressão	8,56	7,03	4,56	6,38	2,111	0,104
Ansiedade	8,65	6,34	3,67	6,75	2,944	0,037*
Hostilidade	4,82	2,84	3,00	4,25	1,330	0,269
Ansiedade Fóbica	3,62	2,00	1,44	1,88	2,441	0,069
Ideação Paranóide	9,12	7,47	5,44	8,44	2,652	0,053
Psicoticismo	6,62	4,91	3,89	4,25	2,737	0,048*
Índice Geral Sintomas	1,27	0,97	0,72	1,03	2,513	0,063
Total Sint. Positivos	27,56	24,84	24,06	24,69	0,385	0,764
Índice Sint. Positivos	2,35	1,91	1,50	1,75	9,346	0,000**

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

No que se refere ao YSQ (Quadro 22), podemos constatar que existem diferenças significativas em função das habilitações literárias em muitas dimensões, exceptuando-se o Emaranhamento, o Auto-sacrifício, Padrões Rígidos de Realização e Grandiosidade. Destacamos que apenas o Auto-sacrifício e Padrões Rígidos não apresentam valores mais elevados no 1.º ciclo.

Quadro 22 – Comparação das médias do YSQ em função das Habilitações Literárias

YSQ	Até 1.º Ciclo	2.º Ciclo	3.º Ciclo	Sec./CurSuperior	F	Sig
Privação Emocional	2,83	2,18	1,72	1,58	3,973	0,010**
Abandono	3,81	2,97	2,71	2,26	5,046	0,003**
Desconfiança/Abuso	3,19	2,33	2,46	2,31	2,876	0,040*
Isolamento Social/Alienação	2,58	1,90	1,62	2,01	3,745	0,014*
Defeito	2,12	1,63	1,21	1,46	3,784	0,013*
Fracasso	2,27	1,63	1,43	1,48	3,158	0,028*
Dependência	2,17	1,77	1,42	1,63	2,937	0,037*
Vulnerabilidade ao Mal	3,25	2,21	2,13	2,03	7,713	0,000**
Emaranhamento	2,73	2,29	2,29	1,79	2,170	0,097
Subjugação	2,74	1,90	1,57	2,36	5,669	0,001**
Auto-sacrifício	3,78	3,88	3,03	3,38	1,839	0,145
Inibição Emocional	3,54	2,74	2,30	2,33	4,417	0,006**
Padrões Rígidos de Realização	3,34	3,19	3,01	3,43	,507	0,678
Grandiosidade/Superioridade	2,65	2,16	2,15	2,39	1,509	0,217
Auto-controle Insuficiente	2,46	1,69	2,01	1,86	3,482	0,019*
Procura de Reconhecimento	3,01	2,34	2,62	2,28	2,537	0,061*
Pessimismo/Preocupação	3,86	2,82	2,82	2,64	4,337	0,007**
Auto-punição	4,18	2,96	3,22	2,54	10,777	0,000**

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

A análise comparativa em função da ocupação da amostra (Quadro 23) revelou diferenças significativas no total do STAI e nas diversas dimensões do BDI, excepto no Componente Delirante e Desvio Funcional Depressivo. Os valores mais altos encontram-se na categoria Não (sem ocupação), seguindo-se do Lazer, excepto no Componente Desvio Funcional Depressivo que o valor mais baixo é no Lazer.

Quadro 23 – Comparação das médias do STAI e BDI em função da Ocupação

STAI/BDI	Sim	Não	Lazer	F	Sig.
Total STAI	40,55	54,00	47,00	5,052	0,008**
Afectivo	4,16	9,57	5,29	6,807	0,002**
Cognitivo	3,84	8,86	6,71	7,398	0,001**
Motivacional	0,60	2,43	1,29	7,307	0,001**
Delirante	1,13	2,14	1,71	2,941	0,058
Físico	1,08	3,29	2,00	7,613	0,001**
Desvio Depressivo	3,42	5,86	3,00	2,799	0,066
Total BDI	11,90	29,57	19,00	10,906	0,000**

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Relativamente ao BSI (Quadro 24), podemos verificar que apenas não existem diferenças significativas na Somatização, Hostilidade, Ideação Paranóide e no Índice

Sintomas Positivos. Os valores mais elevados encontram-se na resposta Não, seguido do Lazer, excepto na Somatização e Ideação Paranóide.

Quadro 24 – Comparação das médias do BSI em função da Ocupação

BSI	Sim	Não	Lazer	F	Sig.
Somatização	5,98	8,00	5,71	0,435	0,649
Obsessões-compulsões	5,06	10,14	7,57	4,786	0,010**
Sensibilidade Interpessoal	3,52	7,86	4,00	6,305	0,003**
Depressão	6,33	15,57	6,71	10,255	0,000**
Ansiedade	6,02	13,57	8,29	5,953	0,004**
Hostilidade	3,40	6,86	5,29	2,423	0,094
Ansiedade Fóbica	2,06	5,71	3,71	4,909	0,009**
Ideação Paranóide	7,70	10,86	6,29	1,880	0,158
Psicoticismo	4,73	9,43	6,71	5,888	0,004**
Índice Geral Sintomas	0,96	1,85	1,16	5,556	0,005**
Total Sint. Positivos	24,30	39,00	28,14	4,438	0,014*
Índice Sint. Positivos	1,91	2,42	2,11	2,124	0,125

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Sobre o YSQ (Quadro 25), verificamos que existem diferenças significativas em diversas dimensões. Os valores mais elevados encontram-se mais na resposta Não, excepto na Desconfiança, Emaranhamento, Auto-sacrifício, Padrões Rígidos, Procura de Reconhecimento e Pessimismo. Os valores mais baixos encontram-se na maioria no Sim, excepto no Emaranhamento e Padrões Rígidos.

Quadro 25 – Comparação das médias do YSQ em função da Ocupação

STAI/BDI	Sim	Não	Lazer	F	Sig.
Privação Emocional	2,05	3,38	3,11	4,312	0,016*
Abandono	2,94	4,59	3,51	4,268	0,017*
Desconfiança/Abuso	2,52	3,34	3,49	2,645	0,076
Isolamento Social/Alienação	1,96	3,34	2,54	5,857	0,004**
Defeito	1,53	3,20	2,17	10,746	0,000**
Fracasso	1,55	3,52	2,91	16,270	0,000**
Dependência Funcional	1,70	2,78	2,34	5,781	0,004**
Vulnerabilidade ao Mal	2,38	3,60	3,17	4,817	0,010**
Emaranhamento	2,42	1,60	2,40	1,356	0,263
Subjugação	2,05	3,40	2,80	5,760	0,004**
Auto-sacrifício	3,60	3,67	3,71	,029	0,972
Inibição Emocional	2,76	3,73	3,37	1,841	0,164
Padrões Rígidos	3,26	3,15	3,26	,029	0,971
Grandiosidade/Superioridade	2,27	3,14	2,69	2,595	0,080
Auto-controle Insuficiente	1,89	3,07	2,86	7,433	0,001**
Procura de Reconhecimento	2,47	3,19	3,71	5,202	0,007**
Pessimismo/Preocupação	3,01	3,99	4,00	2,659	0,075
Auto-punição	3,25	4,71	3,29	4,809	0,010**

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

No que respeita ao apoio da família (Quadro 26), foram encontradas diferenças significativas no total do STAI e nas dimensões do BDI, excepto o Componente Delirante e

Desvio Funcional Depressivo. Os valores mais elevados são encontrados no Não (sem apoio da família) e pelo valor Total BDI verificamos uma diferença grande de valores entre as respostas.

Quadro 26 – Comparação das médias do STAI e BDI em função do Apoio da Família

STAI/BDI	Sim	Não	T	Sig.
Total STAI	40,13	47,36	-2,668	0,009**
Afectivo	3,73	7,28	-4,169	0,000**
Cognitivo	3,77	6,24	-2,800	0,006**
Motivacional	0,59	1,36	-2,068	0,047*
Delirante	1,19	1,40	-,758	0,450
Físico	1,05	2,04	-2,243	0,032*
Desvio F. Depressivo	3,44	3,92	-,754	0,453
Total BDI	11,39	20,36	-3,079	0,004**

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Já na análise comparativa do BSI (Quadro 27), apenas foram encontradas diferenças significativas na Sensibilidade Interpessoal e no Psicoticismo. Apesar de não se encontrarem diferenças significativas nas outras dimensões, podemos dizer que os valores mais altos encontram-se na resposta Não.

Quadro 27 – Comparação das médias do BSI em função do Apoio da Família

BSI	Sim	Não	T	Sig.
Somatização	6,07	6,20	-,103	0,919
Obsessões-compulsões	5,16	6,88	-1,595	0,114
Sensibilidade Interpessoal	3,39	5,28	-2,578	0,011*
Depressão	6,32	9,04	-1,743	0,091
Ansiedade	6,11	8,52	-1,765	0,081
Hostilidade	3,47	4,68	-1,029	0,311
Ansiedade Fóbica	2,04	3,60	-1,596	0,121
Ideação Paranóide	7,49	8,80	-1,201	0,233
Psicoticismo	4,76	6,52	-2,002	0,048*
Índice Geral Sintomas	0,96	1,27	-1,888	0,062
Total Sint. Positivos	24,13	30,00	-1,951	0,054
Índice Sint. Positivos	1,95	1,98	-,194	0,846

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

No YSQ (Quadro 28) encontramos apenas seis dimensões com diferenças significativas: na Privação Emocional, Desconfiança, Isolamento Social, Dependência, Vulnerabilidade, Emaranhamento. Os valores mais elevados encontram-se no Não, excepto no Emaranhamento e Padrões Rígidos.

Quadro 28 – Comparação das médias do YSQ em função do Apoio da Família

YSQ	Sim	Não	T	Sig.
Privação Emocional	2,00	2,88	-2,250	0,031*
Abandono	2,93	3,60	-1,907	0,059
Desconfiança/Abuso	2,47	3,15	-2,170	0,032*
Isolamento Social/Alienação	1,92	2,63	-2,791	0,006**
Defeito	1,59	2,00	-1,694	0,094
Fracasso	1,71	2,00	-1,056	0,293
Dependência	1,70	2,18	-2,213	0,029*
Vulnerabilidade ao Mal	2,31	3,14	-3,094	0,003**
Emaranhamento	2,57	1,71	3,065	0,003**
Subjugação	2,07	2,59	-1,695	0,099
Auto-sacrifício	3,53	3,88	-1,104	0,272
Inibição Emocional	2,72	3,32	-1,789	0,077
Padrões Rígidos	3,25	3,23	,075	0,940
Grandiosidade/Superioridade	2,34	2,41	-,256	0,799
Auto-controle Insuficiente	1,97	2,24	-1,143	0,256
Procura de Reconhecimento	2,60	2,63	-,121	0,904
Pessimismo/Preocupação	3,05	3,44	-1,147	0,254
Auto-punição	3,29	3,55	-,922	0,359

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Outra análise comparativa que efectuamos, foi em função do número de punições. Não foram encontradas diferenças significativas para o STAI e BDI. No entanto, podemos dizer que os valores mais elevados encontrados foram na categoria “Mais de 7 punições”. Ao compararmos com o BSI (Quadro 29) podemos encontrar diferenças significativas na Sensibilidade Interpessoal, na Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Total Sintomas Positivos. Apesar de nas outras dimensões não existirem diferenças significativas, podemos dizer que os valores mais altos encontram-se no “Mais de 7 punições”, excepto na Somatização e depressão. Os valores mais baixos encontram-se na resposta “Não tem punições”, excepto na Somatização.

Quadro 29 – Comparação das médias do BSI em função das Punições

BSI	Não tem	1 a 3	4 a 6	Mais 7	F	Sig
Somatização	5,78	5,58	8,58	6,38	0,934	0,428
Obsessões-compulsões	4,65	6,06	5,83	9,13	2,362	0,076
Sensibilidade Interpessoal	3,00	4,65	3,83	6,13	3,208	0,027*
Depressão	6,06	7,65	8,33	8,25	,933	0,428
Ansiedade	5,76	7,39	6,83	9,75	1,248	0,297
Hostilidade	2,47	4,52	3,67	9,00	6,098	0,001**
Ansiedade Fóbica	1,82	2,55	2,58	5,50	3,082	0,031*
Ideação Paranóide	6,49	8,19	10,42	10,63	3,812	0,013*
Psicoticismo	4,47	5,19	6,83	7,25	2,119	0,103
Índice Geral Sintomas	0,86	1,11	1,21	1,52	2,637	0,054
Total Sint. Positivos	21,86	27,87	29,58	33,75	3,198	0,027*
Índice Sint. Positivos	1,87	1,91	2,23	2,31	1,802	0,152

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Relativamente ao YSQ (Quadro 30), apenas em 5 dimensões encontram-se diferenças significativas: no Abandono, Isolamento Social, Auto-Sacrifício, na Inibição Emocional e Auto-controle Insuficiente. Os valores mais elevados encontram-se no “Mais de 7 punições”, excepto no Emaranhamento (de 4 a 6), Auto-Sacrifício (de 4 a 6) e Inibição Emocional (de 4 a 6) e nos Padrões Rígidos de Realização (1 a 3).

Quadro 30 – Comparação das médias do YSQ em função das Punições

YSQ	Não tem	1 a 3	4 a 6	Mais 7	F	Sig
Privação Emocional	1,91	2,30	2,67	3,10	2,130	0,101
Abandono	2,64	3,51	3,52	3,63	2,947	0,037*
Desconfiança/Abuso	2,42	2,65	2,98	3,48	1,682	0,176
Isolamento Social/Alienação	1,79	2,32	2,27	2,90	3,236	0,026*
Defeito	1,55	1,73	1,65	2,53	2,072	0,109
Fracasso	1,66	1,77	1,77	2,65	1,643	0,184
Dependência	1,68	1,84	2,00	2,33	1,260	0,293
Vulnerabilidade ao Mal	2,35	2,64	2,48	3,18	1,252	0,295
Emaranhamento	2,45	2,09	2,59	2,48	0,703	0,553
Subjugação	2,00	2,37	2,10	2,93	1,777	0,157
Auto-sacrifício	3,37	3,91	4,28	2,95	2,711	0,049*
Inibição Emocional	2,51	2,99	3,90	3,03	3,150	0,029*
Padrões Rígidos de	3,14	3,58	3,37	2,45	2,635	0,054
Grandiosidade/Superioridade	2,11	2,49	2,57	3,10	2,590	0,057
Auto-controle Insuficiente	1,85	2,14	1,72	3,28	5,521	0,002**
Procura de Reconhecimento	2,50	2,57	2,83	3,13	0,853	0,468
Pessimismo/Preocupação	2,88	3,35	3,35	3,68	1,115	0,347
Auto-punição	3,12	3,45	3,63	4,00	1,571	0,201

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Por questões de espaço e por não existirem um número considerável de diferenças significativas em cada variável, não apresentaremos os quadros das restantes variáveis. No entanto, achamos pertinente descrever a sua análise comparativa, uma vez que dão algumas pistas de reflexão. Assim, relativamente à Situação Jurídica, verificamos que as reclusas reincidentes têm valores mais elevados em todas as dimensões do STAI e do BDI do que nas reclusas primárias. No BSI e no YSQ as reclusas reincidentes apresentam valores mais elevados em mais dimensões. De referir que foram encontradas diferenças significativas na Inibição Emocional do YSQ (com $T = -2,833$ e $Sig = 0,006$).

Quanto à idade das reclusas, os valores mais elevados para o STAI são na categoria “23 aos 30 anos”. Nos restantes instrumentos também verificamos valores mais altos nos 23 aos 30 anos, excepto no Desvio Funcional Depressivo (BDI), no Índice Sintomas Positivos (BSI) e na Vulnerabilidade ao Mal, Auto-sacrifício, Procura Reconhecimento e Auto-punição

(YSQ). De referir que foram encontradas diferenças significativas na Hostilidade do BSI ($F=4,486$ e $Sig=0,014$) e na dimensão Dependência do YSQ ($F=3,625$ e $Sig=0,030$).

Sobre o estado civil podemos verificar que em nenhuma das dimensões existem diferenças significativas, mas queremos destacar que reclusas casadas ou em união de facto apresentam valores mais baixos em todos os instrumentos.

No que concerne à zona de residência, verificamos que a zona que apresenta valores mais elevados no STAI é o Brasil, seguida de Viseu. No BDI há apenas duas dimensões que o Brasil não apresenta valores mais elevados. É de destacar que existem diferenças significativas no Componente Físico ($F=3,049$ e $Sig=0,006$). Metade das dimensões do BSI apresentam o Brasil como zona de residência com valores mais elevados.

Relativamente à profissão, os valores mais elevados no STAI são para Desempregada, e no BDI também, excepto no Componente Desvio Funcional Depressivo. No YSQ apresenta valores elevados na Restauração e Desempregada. Encontram-se diferenças significativas na dimensão Defeito ($F=2,771$ e $Sig=0,032$) e no Auto-controle Insuficiente ($F=2,621$ e $Sig=0,040$).

Em relação ao tempo de condenação, não existem diferenças significativas nas diversas dimensões. No entanto, podemos dizer que há uma tendência para haver valores mais elevados na categoria “até um ano”. Sobre os Processos Pendentes, as respostas afirmativas têm valores mais elevados no STAI, no BDI, havendo também uma tendência para haver valores elevados no YSQ. Na dimensão Padrões Rígidos de Realização encontraram-se diferenças significativas ($f=-2,131$ e $Sig=0,036$). Relativamente aos Crimes, como a maioria das participantes da amostra têm crimes acumulados, não foi efectuada pois os resultados seriam enviesados ao isolarmos cada tipo de crime.

Terminada a análise descritiva dos dados, vamos agora analisar as correlações entre as dimensões dos instrumentos utilizados no estudo. Deste modo, apresentaremos a distribuição das correlações entre o YSQ com a idade, o STAI e o BSI (Quadro 32) e entre o BDI com o YSQ (Quadro 33). Relativamente ao YSQ (Quadro 31) não existem correlações entre a idade e as diversas dimensões. Existem correlações fortemente positivas entre o YSQ e o STAI, excepto no Emaranhamento e Padrões Rígidos de Realização. Entre as diversas dimensões do YSQ e as dimensões do BSI podemos considerar que na maioria existem correlações fortemente positivas. Curiosamente, apenas numa das dimensões do YSQ (Emaranhamento) não se encontram correlações com o BSI, excepto no Índice Sintomas Positivos. Também nos Padrões Rígidos apenas existem algumas (em cinco dimensões) correlações com o BSI, sendo estas apenas

correlações positivas (excepto Somatização que é fortemente positiva). De destacar que as dimensões Defeito, Fracasso, Auto-punição e Procura de Reconhecimento não têm correlações com a Somatização. Também na Procura de Reconhecimento não existem correlações com a Depressão, e no Auto-sacrifício não existem correlações com a Sensibilidade e Hostilidade. Relativamente à relação entre o BDI e YSQ (Quadro 32) podemos dizer que no Emaranhamento e nos Padrões Rígidos de Realização não foram encontradas correlações com o BDI. No Auto-sacrifício apenas se encontra uma correlação positiva com o BDI (Componente Afectivo). Na Procura de Reconhecimento apenas existem três correlações fortemente positivas (com Cognitivo, Motivacional e total BDI). Podemos também dizer que no Delirante (BDI) só apresenta seis correlações com os EMP e no Desvio Funcional Depressivo apresenta onze correlações com os EMP. Destacamos ainda que o Componente Físico não tem correlação com a Auto-punição e o Componente Afectivo com a Grandiosidade. As restantes análises correlacionais são apresentadas em anexo (Anexo 2), uma vez que não são tão pertinentes para o nosso estudo, sendo assim apresentamos as correlações entre as dimensões do BDI com idade, STAI e BSI e entre o STAI com a idade e BSI, e entre as dimensões do BSI com a idade, STAI e BSI. Não encontramos correlações entre o BDI e a idade, mas, contrariamente, encontramos correlações fortemente positivas entre o BDI, STAI e BSI, excepto entre a Componente Delirante e a Ansiedade Fóbica. Sobre a correlação entre as diversas dimensões do BSI, reparamos que também existem correlações fortemente positivas em todas as dimensões e existem correlações fortemente positivas entre BSI e STAI. As correlações fortemente positivas podem dever-se ao facto de os instrumentos avaliarem sintomas semelhantes.

Quadro 31 – Análise correlacional entre as dimensões do YSQ com a idade, o STAI e BSI

		Idade	Total STAI	Somatiza.	Obsessão compuls.	Sensibi.	Depres.	Ansie.	Hostil.	Ansieda. fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo	IGS	TSP	ISP
Privação Emo.	R Pearson	-,145	,577(**)	,242(*)	,508(**)	,541(**)	,504(**)	,445(**)	,388(**)	,461(**)	,519(**)	,529(**)	,524(**)	,368(**)	,557(**)
	Sig.	,151	,000	,015	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Abandono	R Pearson	-,060	,644(**)	,375(**)	,548(**)	,561(**)	,510(**)	,568(**)	,508(**)	,394(**)	,587(**)	,652(**)	,632(**)	,606(**)	,478(**)
	Sig.	,554	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Desconfiança	R Pearson	-,085	,573(**)	,347(**)	,482(**)	,636(**)	,417(**)	,503(**)	,406(**)	,427(**)	,612(**)	,595(**)	,571(**)	,540(**)	,438(**)
	Sig.	,402	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Isolamento	R Pearson	-,094	,587(**)	,416(**)	,534(**)	,629(**)	,525(**)	,573(**)	,547(**)	,517(**)	,522(**)	,615(**)	,637(**)	,566(**)	,449(**)
	Sig.	,355	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Defeito	R Pearson	-,159	,513(**)	,117	,391(**)	,545(**)	,426(**)	,371(**)	,464(**)	,482(**)	,324(**)	,530(**)	,464(**)	,392(**)	,339(**)
	Sig.	,114	,000	,247	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,001
Fracasso	R Pearson	-,006	,471(**)	,174	,449(**)	,411(**)	,442(**)	,409(**)	,318(**)	,454(**)	,279(**)	,502(**)	,452(**)	,367(**)	,375(**)
	Sig.	,953	,000	,083	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,005	,000	,000	,000	,000
Dependência	R Pearson	-,186	,531(**)	,257(**)	,415(**)	,447(**)	,537(**)	,457(**)	,465(**)	,447(**)	,204(*)	,505(**)	,504(**)	,494(**)	,308(**)
	Sig.	,064	,000	,010	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,042	,000	,000	,000	,002
Vulnerabilidade	R Pearson	,115	,600(**)	,405(**)	,493(**)	,538(**)	,429(**)	,599(**)	,342(**)	,526(**)	,455(**)	,504(**)	,567(**)	,520(**)	,481(**)
	Sig.	,255	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Emaranhamento	R Pearson	-,175	,111	,192	-,075	,026	,023	,044	-,018	,004	,182	,056	,062	-,001	,322(**)
	Sig.	,081	,270	,056	,456	,795	,821	,661	,861	,972	,070	,579	,543	,990	,001
Subjugação	R Pearson	-,017	,622(**)	,425(**)	,552(**)	,598(**)	,462(**)	,582(**)	,546(**)	,519(**)	,575(**)	,638(**)	,642(**)	,515(**)	,560(**)
	Sig.	,869	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Auto-sacrifício	R Pearson	,081	,336(**)	,342(**)	,198(*)	,178	,233(*)	,310(**)	,149	,212(*)	,351(**)	,277(**)	,316(**)	,289(**)	,278(**)
	Sig.	,420	,001	,001	,048	,076	,020	,002	,140	,034	,000	,005	,001	,004	,005
Inibição Emocio.	R Pearson	-,136	,392(**)	,271(**)	,360(**)	,358(**)	,323(**)	,257(**)	,378(**)	,277(**)	,334(**)	,526(**)	,403(**)	,346(**)	,388(**)
	Sig.	,178	,000	,006	,000	,000	,001	,010	,000	,005	,001	,000	,000	,000	,000
Padrões Rígidos	R Pearson	,162	,124	,271(**)	,186	,020	,037	,251(*)	,228(*)	,016	,148	,219(*)	,200(*)	,164	,124
	Sig.	,108	,220	,006	,064	,846	,715	,012	,022	,872	,143	,029	,046	,103	,220

Quadro 31 – Análise correlacional entre as dimensões do YSQ com a idade, o STAI e BSI (conclusão)

		Idade	Total STAI	Somatiza.	Obsessão compul.	Sensibi.	Depres.	Ansie.	Hostil.	Ansieda. fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo	IGS	TSP	ISP
Grandiosidade	R Pearson	-,024	,363(**)	,262(**)	,443(**)	,329(**)	,255(*)	,358(**)	,440(**)	,339(**)	,273(**)	,403(**)	,413(**)	,418(**)	,293(**)
	Sig.	,810	,000	,009	,000	,001	,010	,000	,000	,001	,006	,000	,000	,000	,003
Auto-controloIns.	R Pearson	-,100	,603(**)	,219(*)	,552(**)	,537(**)	,445(**)	,486(**)	,546(**)	,515(**)	,353(**)	,561(**)	,549(**)	,486(**)	,410(**)
	Sig.	,323	,000	,029	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Procura Reconhe.	R Pearson	,043	,327(**)	,148	,333(**)	,307(**)	,196	,301(**)	,276(**)	,355(**)	,211(*)	,398(**)	,325(**)	,321(**)	,252(*)
	Sig.	,672	,001	,141	,001	,002	,051	,002	,005	,000	,035	,000	,001	,001	,011
Pessimismo	R Pearson	-,011	,646(**)	,403(**)	,487(**)	,522(**)	,511(**)	,575(**)	,453(**)	,422(**)	,529(**)	,576(**)	,602(**)	,530(**)	,517(**)
	Sig.	,912	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Auto-punição	R Pearson	,013	,475(**)	,178	,340(**)	,421(**)	,255(*)	,367(**)	,299(**)	,380(**)	,406(**)	,462(**)	,391(**)	,264(**)	,463(**)
	Sig.	,901	,000	,076	,001	,000	,011	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,008	,000
Total YSQ	R Pearson	-,065	,714(**)	,430(**)	,601(**)	,637(**)	,548(**)	,625(**)	,557(**)	,558(**)	,590(**)	,717(**)	,693(**)	,601(**)	,598(**)
	Sig.	,522	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Quadro 32 – Análise correlacional entre as dimensões do BDI e YSQ

		Priva. Emoc.	Aban- dono	Desco- nfianç	Isola. Social	Defeit.	Fracas.	Depen- dência	Vulner- bilida.	Emara- nha.	Subju- gação	Auto Sacrif.	Inibiç. Emoc.	Padrão Rígido	Grandi- osidad.	AutCo Insuf.	Procu. Recon.	Pessim- ismo	Auto Puni.	Total YSQ
Afetivo	R Pear.	,373 (**)	,373 (**)	,322 (**)	,498 (**)	,291 (**)	,346 (**)	,425 (**)	,360 (**)	-,028	,434 (**)	,242 (*)	,221 (*)	,072	,194	,421 (**)	,140	,412 (**)	,231 (*)	,444 (**)
	Sig.	,000	,000	,001	,000	,003	,000	,000	,000	,781	,000	,015	,027	,474	,053	,000	,166	,000	,021	,000
Cogniti.	R Pear.	,417 (**)	,441 (**)	,413 (**)	,502 (**)	,489 (**)	,558 (**)	,519 (**)	,504 (**)	-,022	,553 (**)	,030	,479 (**)	-,033	,264 (**)	,525 (**)	,304 (**)	,488 (**)	,338 (**)	,562 (**)
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,829	,000	,764	,000	,741	,008	,000	,002	,000	,001	,000
Motivac.	R Pear.	,395 (**)	,341 (**)	,387 (**)	,525 (**)	,506 (**)	,378 (**)	,555 (**)	,355 (**)	-,144	,558 (**)	,041	,419 (**)	,077	,283 (**)	,479 (**)	,296 (**)	,400 (**)	,272 (**)	,502 (**)
	Sig.	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,154	,000	,687	,000	,449	,004	,000	,003	,000	,006	,000
Delirante	R Pear.	,147	,285 (**)	,162	,207 (*)	,132	,144	,113	,194	,115	,262 (**)	,161	,187	,161	,122	,185	,071	,240 (*)	,236 (*)	,266 (**)
	Sig.	,144	,004	,108	,039	,192	,154	,265	,053	,254	,008	,110	,062	,109	,225	,066	,481	,016	,018	,007
Físico	R Pear.	,266 (**)	,257 (**)	,246 (*)	,353 (**)	,229 (*)	,309 (**)	,517 (**)	,361 (**)	-,150	,373 (**)	,132	,280 (**)	,111	,230 (*)	,360 (**)	,192	,295 (**)	,167	,371 (**)
	Sig.	,008	,010	,014	,000	,022	,002	,000	,000	,136	,000	,192	,005	,273	,022	,000	,056	,003	,096	,000
Desvio F. Depr.	R Pear.	,232 (*)	,271 (**)	,244 (*)	,321 (**)	,237 (*)	,192	,365 (**)	,320 (**)	,145	,322 (**)	,107	,091	,052	,188	,392 (**)	,080	,330 (**)	,155	,333 (**)
	Sig.	,020	,006	,014	,001	,017	,056	,000	,001	,151	,001	,288	,369	,606	,061	,000	,429	,001	,124	,001
Total BDI	R Pear.	,423 (**)	,438 (**)	,398 (**)	,546 (**)	,421 (**)	,474 (**)	,567 (**)	,477 (**)	-,066	,557 (**)	,158	,402 (**)	,073	,278 (**)	,521 (**)	,258 (**)	,482 (**)	,310 (**)	,557 (**)
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,511	,000	,116	,000	,469	,005	,000	,010	,000	,002	,000

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

3. Discussão dos resultados

Feita a descrição dos resultados obtidos, avançamos para a sua discussão. Antes de mais, é de salientar que o perfil da amostra recolhida para este estudo está globalmente dentro dos parâmetros que, em média, caracterizam o universo das mulheres reclusas: solteira, 37 anos de idade, com 2 filhos, com habilitações literárias, no máximo, até ao nível do 1.º ciclo do ensino básico, a cumprir pena pela primeira vez e condenada a uma pena que varia entre os 2 a 5 anos, sendo o tráfico de estupefacientes a principal causa de condenação (Gonçalves, 2000; DGSP, 2010).

Como seria de esperar, e tal como já o aponta a literatura da especialidade, o presente estudo permitiu verificar a existência de elevados níveis de ansiedade na população reclusa, com valores bastante próximos do valor de referência (44,08) para a aferição de perturbações na ansiedade. O valor de 41.9 apurado na nossa amostra é mesmo superior aos valores verificados em outros estudos feitos para a população reclusa masculina, como o estudo de Ventura e Silva (2001) de uma amostra de 42 reclusos, em que este valor se situou nos 39, e superior ao valor de 34.89 referido no *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* de Spielberger (1983). Contudo, relativamente aos níveis de depressão, a nossa amostra apresentou níveis característicos de depressão leve (com valores compreendidos entre 10 a 18), o que contrasta com o apontado por outros estudos (Mello, 2008) que revelavam níveis de depressão mais elevados. Ao nível da sintomatologia psicopatológica, os valores apresentados foram bastante elevados, confirmando aqui as conclusões de outros estudos (Alves, 2009; Gonçalves, 1999; Tye & Mullen, 2006).

Em relação aos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP) verificamos que a amostra evidencia a presença dos vários esquemas de Young. Isto permite-nos confirmar a Hipótese 1 por nós formulada. Os esquemas com maior incidência nas reclusas são os de Auto-sacrifício, Auto-punição, Padrões Rígidos de Realização, Pessimismo/Preocupação, Abandono, Procura de Reconhecimento, Desconfiança e Inibição Emocional, sendo os esquemas menos presentes os de Defeito/Incapacidade de ser Amado, Fracasso e Dependência. Neste sentido, e confirmando a mesma hipótese, os domínios mais frequentes são os de Supervigilância e Inibição, Orientação para o Outro e Distanciamento e Instabilidade. Estes resultados são diferentes dos apontados pelo estudo de Loper (2003) com mulheres reclusas, em que destaca os domínios de Distanciamento e Instabilidade e Limites Indefinidos como aqueles que registam os maiores valores de existência (no nosso estudo o primeiro destes domínios só aparece em terceiro lugar e o segundo é um dos domínios com

valores de existência menos presentes). Todavia, o domínio menos presente (Autonomia Diminuída) verificado no nosso estudo coincide com o verificado pela mesma autora. Uma das explicações para existência acentuada daqueles EMP e domínios nas reclusas e das consequentes manifestações de sintomatologias psicopatológicas na sua fase adulta da vida radica nas experiências adversas que uma parte considerável desta população reclusa teve durante a infância e no facto de serem oriundas, também na sua maioria, de contextos familiares e sociais desestruturados e desfavorecidos. Apesar destas variáveis sociais não terem constituído uma variável do nosso estudo, é o que aponta o estudo de Alves (2009).

Da análise comparativa em função das variáveis sócio-demográficas, destaca-se a existência de uma relação inversa entre o nível de baixas habilitações literárias com os valores da ansiedade, da depressão e os EMP, e menos com a sintomatologia psicopatológica. Quanto mais baixas são as habilitações literárias das reclusas (que, como vimos, caracteriza a maior parte da população reclusa) maiores são os níveis de ansiedade, de depressão, psicopatologia e de presença de EMP, relação esta que se vai esbatendo à medida que aumentam as habilitações escolares das reclusas. Este dado assume aqui particular relevância, na medida em que ainda não existem estudos que demonstrem os efeitos benéficos ao nível da saúde mental que a frequência escolar pode trazer para a população reclusa.

Em relação à ocupação das reclusas, encontraram-se também diferenças significativas com os níveis de ansiedade, de depressão, de sintomatologia psicopatológica e da maior parte dos EMP. Os maiores níveis de ansiedade, de depressão, de sintomatologia psicopatológica e de uma maior existência de EMP verificaram-se nas reclusas que não registaram qualquer tipo de ocupação, confirmando-se aqui a ideia, comumente aceite, para a população em geral, de que a privação ocupacional pode originar maiores níveis de ansiedade, stress, sentimentos de ineficácia e perturbações mentais, que na população reclusa, devido às suas características tão específicas, se agudizam. É o que conclui Amaral (2008) no seu estudo sobre os efeitos que longos períodos sem ocupação têm para o aumento dos sentimentos de auto-depreciação, de solidão, isolamento e de perturbações psicopatológicas.

No que se refere às punições registaram-se diferenças significativas apenas com a sintomatologia psicopatológica e com os EMP de Abandono, Isolamento Social, Auto-sacrifício, Inibição Emocional e Autocontrole insuficientes. Esta relação é confirmada pelo facto de as reclusas onde estes EMP estão mais presentes serem aquelas que são sujeitas a punições com maior regularidade (sendo que as punições resultam, naturalmente, dos comportamentos de má conduta ou de infracção das regras do estabelecimento prisional). E,

de facto, é fácil de concluir que a presença daqueles EMP é um factor que reduz a capacidade de controlo dos impulsos e facilitam situações de agressividade nas reclusas. O estudo de Loper (2003) avaliou a violência e má conduta institucional a 116 reclusas, e verificou que estes comportamentos têm uma maior incidência no domínio dos Limites Diminuídos. A verificação desta relação, e a convicção de que a prática de punições pode contribuir para um maior enraizamento daqueles EMP, deveria levar a uma maior reflexão sobre a efectiva importância da integração da prática da terapia focada nos esquemas aquando da aplicação das medidas punitivas praticadas nos estabelecimentos prisionais. Pensamos que esta seria uma estratégia eficaz para a redução dos efeitos negativos que aquelas medidas podem ter na presença dos EMP na população reclusa.

Sobre o apoio da família registaram-se diferenças significativas com os níveis de ansiedade, de depressão e nos EMP da Privação Emocional, Desconfiança, Isolamento Social, Dependência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Emaranhamento. As reclusas que se sentem mais acompanhadas, quer com as visitas semanais que podem usufruir, quer com o apoio financeiro de que podem ser objecto têm esquemas mais adaptativos.

No seu conjunto, estas quatro últimas variáveis sócio-demográficas (habilitações literárias, ocupação, punições e apoio da família) permitem-nos confirmar a Hipótese 3. Para além destas variáveis, este estudo permitiu registar um conjunto de outras variáveis sócio-demográficas sem grande relevância estatística, cuja importância não deixamos, contudo, de relevar para a discussão dos seus resultados. Assim, de registar a presença de um padrão entre os níveis mais elevados da ansiedade, de depressão, de sintomatologia psicopatológica, assim como uma maior presença de EMP, nas reclusas com idades até aos 30 anos. A existência deste padrão (que terá que ser alvo de estudos específicos para permitir conclusões mais sólidas) poderá explicar-se pela circunstância da reclusão até aquela idade se fazer ainda numa fase da vida (e da maturidade emocional e psicológica) bastante precoce. De registar também a existência de um padrão entre um maior nível ansiedade e depressão na maioria da sintomatologia psicopatológica e presença de mais EMP nas reclusas reincidentes, sintomático de um maior enraizamento e persistência destes EMP. Relativamente ao estado civil, de registar os níveis de ansiedade e de depressão, e que a maioria da sintomatologia psicopatológica e maioria dos EMP são mais baixos nas reclusas casadas ou em união de facto, por óbvias razões de maior sustentabilidade emocional de que estas beneficiam. Em relação ao tempo de condenação, a maior tendência para valores mais elevados nas diversas variáveis surge em condenadas com penas até 1 ano. Isto justifica-se, no caso das reclusas

primárias (que, como vimos, constitui a maioria da amostra do presente estudo), com o facto de estarem a passar, pela primeira vez, por uma fase de adaptação ao meio prisional.

Analisando as correlações encontradas entre as dimensões dos instrumentos aplicados, foram encontradas correlações fortemente positivas entre os EMP e a ansiedade, a depressão e a sintomatologia psicopatológica. No entanto, existem alguns EMP que não estabelecem correlações com algumas dimensões dos instrumentos: o STAI não estabeleceu qualquer relação com os EMP de Emaranhamento e Padrões Rígidos; o BDI não estabeleceu qualquer relação com os EMP de Emaranhamento e Padrões Rígidos, o Auto-sacrifício mantém só uma correlação com uma das dimensões do BDI e o EMP de Procura de Reconhecimento mantém três correlações; o BSI estabeleceu apenas uma correlação com o EMP de Emaranhamento, mantém cinco correlações com o EMP de Padrões Rígidos; e os EMP de Auto-sacrifício e Procura de Reconhecimento só não mantêm correlação em duas dimensões do BSI. Podemos concluir que os EMP de Emaranhamento e de Padrões Rígidos praticamente não estabelecem correlações com as diversas dimensões dos instrumentos utilizados. As correlações encontradas vão no mesmo sentido dos resultados de outros estudos (Pinto-Gouveia et al., 2006; Schmidt et al., 1995; Welburn et al., 2002), confirmando-se a Hipótese 2, pois existem correlações entre os diversos EMP e a ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica. É de salientar a este propósito o estudo de Loper (2003) que aponta uma forte correlação entre o domínio Distanciamento e Instabilidade com as diversas dimensões do BSI, nenhuma correlação com a Autonomia Diminuída e a correlação do domínio de Limites diminuídos unicamente com a dimensão Hostilidade do BSI. A existência de outras correlações dos EMP com diversas escalas que avaliam a sintomatologia psicopatológica já haviam sido também demonstradas por outros estudos onde a terapia focada nos esquemas visava o tratamento da depressão, da ansiedade e outras situações clínicas (Lee et al., 1999; Nordahl *et al.*, 2005; Schmidt et al., 1995; Young, 1999).

CONCLUSÕES

É um facto que a reclusão só por si implica grandes dificuldades de adaptação ao meio prisional. Mas também é verdade que as experiências adversas durante a infância vivenciadas pelas reclusas desempenham um papel central em todo esse processo, na medida em que são elas que potenciam o desenvolvimento dos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP). É a existência destes EMP, por vezes associado a estruturas cognitivas disfuncionais, que está na base do comportamento desviante e do acentuar, na população reclusa, de várias sintomatologias psicopatológicas. Assim, dada a correlação entre os EMP, a sintomatologia psicopatológica e o comportamento desviante demonstradas neste estudo, ressalta a pertinência do recurso a terapias que visem a correcção dos EMP como um método que se pode revelar eficaz para o processo reabilitativo prisional. É através de uma reclusão digna e humana, em que estas terapias se devem consubstanciar, com a possibilidade de várias ocupações disponíveis para a população reclusa (como actividades laborais, a escola, actividades de lazer, culturais, etc.), associada a programas de reabilitação psicossocial em que se procure fomentar nessa população um processo de reestruturação/flexibilização dos EMP em presença, que melhor se podem combater as formas de interpretação distorcida dos eventos sociais e da forma como eles se enraízam e interiorizam ao longo da vida nessa mesma população. A correcção destes EMP é tanto mais importante quanto esta tem implicações não só ao nível da diminuição dos riscos do comportamento desviante, como também ao nível da saúde mental do próprio indivíduo recluso, uma vez, tal como o presente estudo também confirmou, associado a estes EMP está a presença, de uma forma acentuada, da sintomatologia da ansiedade, da depressão e de várias outras psicopatologias.

Com os resultados obtidos nesta amostra de reclusas de um estabelecimento prisional feminino na região norte do país, pensamos ter conseguido atingir os objectivos propostos e confirmar as hipóteses formuladas no início deste estudo. Relativamente à Hipótese 1, confirmamos a existência de um número elevado de EMP, sendo os mais frequentes os de Auto-sacrifício, Auto-punição, Padrões Rígidos de Realização, Pessimismo/Preocupação, Abandono, Procura de Reconhecimento, Desconfiança e Inibição Emocional, enquanto os esquemas menos presentes foram os de Defeito/Incapacidade de ser Amado, Fracasso e Dependência. Neste sentido, e confirmando a mesma hipótese, os domínios que se revelaram como sendo os frequentes foram, efectivamente, os de Supervigilância e Inibição, Orientação para o Outro e Distanciamento e Instabilidade.

Também foi confirmada a Hipótese 2, acerca da existência de correlações positivas entre os EMP e os níveis de ansiedade, depressão e de sintomatologias psicopatológicas na população reclusa do sexo feminino. No entanto, de destacar que os EMP de Emaranhamento e Padrões Rígidos praticamente não estabelecem correlações com as diversas dimensões dos instrumentos utilizados. Além disso, confirmando a Hipótese 3, verificamos que na nossa amostra de reclusas apenas existem diferenças significativas em função das habilitações literárias, punições de que é alvo, apoio da família de que beneficia e a ocupação que exerce no estabelecimento prisional. Podemos concluir sobre a importância que as habilitações literárias têm para o desenvolvimento psicológico e emocional da pessoa. Com efeito, provou-se que quanto menores são as habilitações académicas, maiores são os níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica. Importa, no entanto, que se desenvolvam mais estudos que tenham o mesmo objecto de análise que o nosso para que estas conclusões se possam consolidar.

Em relação às punições, é interessante verificar que quem tem maior número de punições, apresenta maiores níveis sintomatologia psicopatológica e com os EMP de Abandono, Isolamento Social, Auto-sacrifício, Inibição Emocional e Autocontrole insuficientes. Esta conclusão pode ser relevante para futuras análises dos moldes em que são concebidas as formas de tratamento penitenciário.

Sobre a ocupação na prisão, as diferenças significativas demonstram que a ocupação da população reclusa contribui para a diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica. O mesmo se aplicando relativamente ao apoio familiar de que a reclusa possa beneficiar, pois as que beneficiam deste apoio, apresentam menores níveis das referidas sintomatologias.

Todas estas conclusões, como se disse, precisam de uma maior consolidação com base em mais estudos, com a análise das mesmas variáveis, que possam ser feitos noutros estabelecimentos prisionais femininos do país e onde se pudesse analisar, nessas ou noutras investigações, a relação entre os EMP com experiências adversas na infância.

É de salientar, por fim, que seria importante que, do maior conhecimento da forma como os EMP influenciam o comportamento desviante e as diferentes variáveis da psicologia patológica da população reclusa, se pudessem esboçar planos e estratégias de intervenção adaptados a essa população com base na Terapia Focada nos Esquemas, no sentido de uma reabilitação psicossocial mais eficaz e, em última análise, contribuir para uma maior diminuição da reincidência no crime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, C. (1986). *Science, maladie mentale et dispositifs de l'enfance, du paradigme biologique au paradigme systemique*. Lisboa: INIC.
- Alves, J. F. (2009). *Experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas*. Tese de mestrado em Psicologia na área de especialização na Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Amaral, J.P. (2008). *Competências sociais e pessoais: actividades prisionais num estabelecimento especial da região norte*. Monografia de licenciatura em Psicologia (Ramo Clínico). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- APA. (2001). *Manual de estilo da APA, regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Baker, E. & Beech, A. R. (2004). Maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 10, 1119-1136.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: BasicBooks.
- Beck, A., Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. & Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 2, 169-183.
- Biecree, E. A., Bloom, J. D., Leverette, M. D. & Williams, M. (1994). Diagnostic efforts regarding women in Oregon's prison system: a preliminary report. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 217-229.
- Born, M. (2005). *Psicologia da delinquência*. Lisboa: Climepsi.
- Bravo, J. A. (1986). El tratamiento penitenciario: regulacion juridica y pratica actual en España. In F. J. Burillo & M. Clemente (Eds), *Psicologia social y sistema penal* (pp. 229-252). Madrid: Alianza Editorial.
- Brotchie, J., Meyer, C. Copello, A., Kidney, R. & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342.
- Browne, A., Miller, B. & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law & Psychiatry*, 22, 301-322.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 95-109). Braga: APPORT.
- Carmo, H. (1996). *Exclusão social, rotas de intervenção*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Cazarra, M. J. & Oliveira, M. S. (2008). Terapia Focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 35, 5, 187-195.
- Cecero, J. J. & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 2, 217-229.
- Chesney-Lind, M. & Pasko, L. (2004). *Girls, women and crime*. Thousand Oaks (USA): Sage.
- Cooke, D. J., Baldwin, P. J. & Howison, J. (1990). *Psychology in prisons*. London: Routledge.
- Costa, E. M. (2003). Prisões: A lei escrita e a lei na prática em Portugal. In A.P. Dores, *Prisões na Europa: Um debate que apenas começa* (pp. 93-102). Oeiras: Celta Editora.
- Cunha, M. I. (2008). Prisão e sociedade: Modalidades de uma conexão. In M. I. Cunha (Org.). *Aquém e além da prisão - cruzamentos e perspectivas* (pp.7-32). [s.l.]: 90 Graus Editora.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Direcção Geral dos Serviços Prisionais. 3.^a Iniciativa – Workshop: «A prisão de futuro: Desafios e estratégias». Acedido em Julho de 2008 in <http://www.pgisp.info/content/view/17/30/>.
- Direcção Geral dos Serviços Prisionais. *Regras penitenciárias europeias*. Acedido em Junho de 2009 in <http://www.dgsp.mj.pt/paginas/documentos/informacoes/legislacao/RPEuropeias.pdf>.
- Direcção Geral dos Serviços Prisionais. *Reclusos existentes em 31 de Dezembro, segundo a instrução*. Acedido em Fevereiro de 2010 in http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20090403030401RecExist_Instr.pdf.
- Direcção Geral dos Serviços Prisionais. *Reclusos condenados existentes em 31 de Dezembro, segundo o sexo e os escalões de idade, por crimes*. Acedido em Fevereiro de 2010 in http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20090403030433RecCond_Sex-Id-Crim.pdf.
- Farrington, D. P. (1998). O desenvolvimento do comportamento anti-social e ofensivo desde a infância até a idade adulta. *Temas Penitenciários*, II, 1, 7-16.
- Fernandes, L. & Silva, M. R. (2009). *O que a droga fez à prisão – Um percurso a partir das terapias de substituição opiácea*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Fonseca, A. C. (2004). Diferenças individuais no desenvolvimento do comportamento anti-social: o contributo dos estudos longitudinais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime da infância e idade adulta* (pp.413-461). Coimbra: Almedina.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Gabriel, D. (2007). *(De) Formação de adultos em contexto prisional: um contributo*. Tese de Mestrado Europeu em Estudos e Desenvolvimento em Ciências Sociais e Educacionais. Porto: FPCEUP.

- Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goffman, E. (2001) *Manicómios, prisões e conventos* (7ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gonçalves, R. A. (1993). *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais.
- Gonçalves, R. A. (1998). Tratamento penitenciário: Mitos e realidades, ilusões e desilusões. *Temas Penitenciários*, II, 1, 65-82.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatía e processos adaptativos à prisão*. Universidade do Minho: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Gonçalves, R. A. (2000). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1997). Educar na prisão: da caracterização à formação. *Temas Penitenciários*, II, 1, 111-127.
- Gonçalves, R. A. & Silva, S. T. (1999). Sobrelotação prisional e perturbações da adaptação. In R. Gonçalves, C. Machado, A. Sani & M. Matos (Org). *Crimes: Práticas e testemunhos* (pp.247-273). Universidade do Minho: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Vieira, A., Tung, C. & Artes, R. (1999). Psychometric properties of the portuguese version of the beck depression inventory on brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 5, 553-562.
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1996). Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-trait Anxiety Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi.
- Hills, R. (2004). The occupational therapist working in prison. In L. Couldrick & D. Alred (Eds.). *Forensic Occupational Therapy* (pp. 98-106), London: Whurr Publishers.
- Hoffart, A., Sexton, H. & Hedley, L. (2006). The structure of maladaptive schemas: a confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 6, 627-644.
- Hollin, C. R. (Ed.). (2001). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Jordan, K., Federman, B., Burns, B., Schlenger, W., Fairbank, J. & Caddell, J. (2002). Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons. *Psychiatric Services*, 53, 3, 317-325.
- Keaveny, M. & Zauszniewski, J. (1999). Life events and psychological well-being in women sentenced to prison. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 73-89.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.

- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 7, 854-860.
- Loper, A. (2003). The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 3, 253-266.
- Matos, R. (2008). *Vidas raras de mulheres comuns – Percursos de vida, significações do crime e construção da identidade em jovens reclusas*. Coimbra: Almedina.
- Mello, D.C. (2008). *Quem são as mulheres encarceradas?* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Paiva, C., Lopes, M. & Lopes, L. (2005). A prisão no feminino: Projecto ser dona de A (Alfa) e Ω (Omega). *Temas Penitenciários*. III, 1/2, 63-69.
- Pedrosa, C. J. & Dias, I. S. (2005). Intervenção psicológica em meio prisional. *Temas Penitenciários*, III, 1/2, 79-87.
- Pereira, J. P. (1998). Valores e prevenção da reincidência. *Temas Penitenciários*, Série II, 1 87-92.
- Petrocelli, J.V, Brian, M.A., Glaser, A., Calhoun, G.B., & Campell, L.F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15, 546-559.
- Pinatel, J. (1975). Criminologie. In P. Bouzat & J. Pinatel. *Traité de droit penal et de criminology*. Tomo III. Paris: Dalloz.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy Research*, 30, 571-584.
- Pollock, J. M. (1998). *Counseling women in prison*. Thousand Oaks (USA): Sage.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, N., & Massa, S. (2006). *Gerar Percursos Sociais – Um Programa de Prevenção e Reabilitação Psicossocial para Jovens com Comportamento Desviante*. Ponta Delgada: EQUAL.
- Santos, S. C. & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – forma Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295–321.
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition, and stress: a state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp.199-244). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Forma Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Stein, D. J. & Young, J. E. (1992). Cognitive Science and Clinical Disorders. In D. J. Stein & J. Young. *Schema approach to personality disorders* (pp.271-288). California: Academic Press.
- Tye, C. S., Mullen P. E. (2006). Mental Disorders in Female Prisoners. *Journal Compilation: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 40, 3, 267-270.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 263-284.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos: II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. *Coimbra Médica*, 20, 713-736.
- Ventura J. P. & David, M. R. (2001). Perturbações da ansiedade em ambiente prisional. *Temas Penitenciários*. 2, 47-62.
- Vieira, H. (1998). Intervenções em meio prisional – Abordagem exploratória. *Temas Penitenciários*, II, 1, 45-54.
- Vieira, H. (2005). Prisões: da intervenção institucional à desinstitucionalização das intervenções. *Temas Penitenciários*, III, 1/2, 35-41.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519–530.
- World Health Organization. Switzerland, Geneva: ICD, version 2007 – Chapter V: *Mental and behavioural disorders (F00-F99) – Mood [affective] disorders (F30-F39)*. Acedido a Junho de 2009 in <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (3ª ed). Sarasota (USA): Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

ANEXO 1 - TABELA DE ALFAS DE CRONBACH

Instrumentos		Alfa de Cronbach
Total – STAI		0,919
BDI	Componente Afetivo	0,742
	Componente Cognitivo	0,791
	Componente Motivacional	0,734
	Componente Delirante	Não se calcula, é só um item
	Componente Físico	0,697
	Desvio Funcional Depressivo	0,570
	Total	0,896
BSI	Somatização	0,843
	Obsessões-compulsões	0,771
	Sensibilidade Inter-pessoal	0,592
	Depressão	0,856
	Ansiedade	0,863
	Hostilidade	0,804
	Ansiedade Fóbica	0,669
	Ideação Paranóide	0,639
	Psicoticismo	0,570
	Total	0,966
YSQ	Privação Emocional	0,682
	Abandono	0,545
	Desconfiança/Abuso	0,832
	Isolamento Social	0,646
	Defeito	0,671
	Fracasso	0,664
	Dependência	0,530
	Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	0,636
	Emaranhamento	0,951
	Subjugação	0,650
	Auto-Sacrifício	0,753
	Inibição Emocional	0,775
	Padrões Rígidos	0,393
	Grandiosidade	0,691
	Autocontrole Insuficiente	0,759
	Procura de Reconhecimento	0,327
	Pessimismo	0,767
	Auto-punição	0,764
	Total	0,976

ANEXO 2 - QUADROS COM AS ANÁLISES CORRELACIONAIS

Análise correlacional entre as dimensões do BDI com idade, STAI e BSI e entre o STAI com a idade e BSI

		Idade	Total STAI	Somatiz.	Obsessão compuls.	Sensibilid ade	Depress.	Ansied.	Hostilid.	Ansied. Fóbica	Idea. Paranóide	Psicoticismo	IGS	TSP	ISP
STAI	R Pearson	-,088		,494(**)	,689(**)	,730(**)	,770(**)	,761(**)	,624(**)	,643(**)	,664(**)	,735(**)	,813(**)	,746(**)	,626(**)
	Sig.	,385		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Afectivo	R Pearson	-,062	,719(**)	,553(**)	,615(**)	,615(**)	,754(**)	,701(**)	,607(**)	,559(**)	,584(**)	,650(**)	,774(**)	,711(**)	,528(**)
	Sig.	,539	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Cogniti.	R Pearson	-,055	,628(**)	,408(**)	,664(**)	,648(**)	,620(**)	,603(**)	,587(**)	,592(**)	,467(**)	,705(**)	,707(**)	,655(**)	,440(**)
	Sig.	,586	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Motiva.	R Pearson	-,163	,557(**)	,393(**)	,581(**)	,521(**)	,623(**)	,539(**)	,636(**)	,500(**)	,374(**)	,576(**)	,635(**)	,549(**)	,400(**)
	Sig.	,106	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Deliran	R Pearson	-,105	,350(**)	,249(*)	,238(*)	,217(*)	,280(**)	,304(**)	,277(**)	,191	,238(*)	,373(**)	,326(**)	,267(**)	,280(**)
	Sig.	,296	,000	,013	,017	,030	,005	,002	,005	,057	,017	,000	,001	,007	,005
Físico	R Pearson	-,048	,505(**)	,475(**)	,514(**)	,398(**)	,592(**)	,532(**)	,511(**)	,470(**)	,344(**)	,472(**)	,588(**)	,492(**)	,445(**)
	Sig.	,636	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D.F.De.	R Pearson	,052	,557(**)	,494(**)	,548(**)	,512(**)	,525(**)	,541(**)	,403(**)	,464(**)	,483(**)	,528(**)	,619(**)	,566(**)	,461(**)
	Sig.	,610	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Total	R Pearson	-,087	,734(**)	,556(**)	,702(**)	,654(**)	,769(**)	,719(**)	,682(**)	,629(**)	,547(**)	,731(**)	,813(**)	,727(**)	,554(**)
	Sig.	,389	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010

Análise correlacional entre as dimensões do BSI com a idade, STAI e BSI

		Idade	Total STAI	Somatiz.	Obsessão compuls.	Sensibili.	Depress.	Ansieda.	Hostilid.	Ansieda. Fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo	IGS	TSP	ISP
Somatiza.	R Pearson	-,007	,494(**)												
	Sig.	,942	,000												
Obsess.	R Pearson	-,011	,689(**)	,518(**)											
	Sig.	,911	,000	,000											
Sensibil.	R Pearson	-,056	,730(**)	,418(**)	,699(**)										
	Sig.	,581	,000	,000	,000										
Depress.	R Pearson	-,164	,770(**)	,541(**)	,628(**)	,716(**)									
	Sig.	,104	,000	,000	,000	,000									
Ansieda.	R Pearson	,026	,761(**)	,715(**)	,722(**)	,727(**)	,784(**)								
	Sig.	,794	,000	,000	,000	,000	,000								
Hostilid.	R Pearson	-,233(*)	,624(**)	,497(**)	,751(**)	,631(**)	,610(**)	,681(**)							
	Sig.	,020	,000	,000	,000	,000	,000	,000							
Ansiedade fóbica	R Pearson	-,087	,643(**)	,504(**)	,629(**)	,560(**)	,546(**)	,669(**)	,592(**)						
	Sig.	,390	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
Idea. Par.	R Pearson	-,084	,664(**)	,625(**)	,657(**)	,720(**)	,618(**)	,732(**)	,580(**)	,459(**)					
	Sig.	,406	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
Psicotici.	R Pearson	-,074	,735(**)	,547(**)	,733(**)	,697(**)	,714(**)	,727(**)	,624(**)	,608(**)	,668(**)				
	Sig.	,462	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
IGS	R Pearson	-,089	,813(**)	,755(**)	,844(**)	,808(**)	,844(**)	,919(**)	,801(**)	,733(**)	,811(**)	,846(**)			
	Sig.	,378	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
TSP	R Pearson	-,097	,746(**)	,657(**)	,751(**)	,741(**)	,750(**)	,782(**)	,675(**)	,623(**)	,700(**)	,802(**)	,887(**)		
	Sig.	,338	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
ISP	R Pearson	-,037	,626(**)	,590(**)	,580(**)	,547(**)	,632(**)	,699(**)	,569(**)	,515(**)	,709(**)	,608(**)	,733(**)	,435(**)	
	Sig.	,717	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

*p ≤ 0,050 **p ≤ 0,010